



FLORIDA DEPARTMENT OF MANAGEMENT SERVICES

**state group
insurance**

We serve those who serve Florida

Plan PPO para empleados estatales

Manual del Plan de Seguro de Salud Grupal
y Documento de beneficios

En vigor a partir del 1.º de enero de 2019



My Health
My Benefits
My Decisions
www.myBenefits.myFlorida.com

Estado de Florida
Department of Management Services
Division of State Group Insurance
P.O. Box 5450
Tallahassee, FL 32314-5450

Plan PPO para empleados estatales
Manual del Plan de Seguro de Salud Grupal
y Documento de beneficios

En vigor a partir del 1.º de enero de 2019

Este Manual del Plan y Documento de beneficios reemplaza a los demás folletos o manuales relacionados con el Plan impresos antes del 1.º de enero de 2019 y permanecerá en vigor hasta próximo aviso. El Plan PPO para empleados estatales, además, está sujeto a las leyes y reglas federales y del estado de Florida promulgadas de acuerdo con la ley, incluido, de forma enunciativa pero no limitativa, el capítulo 60P del Código Administrativo de Florida (Florida Administrative Code).

En caso de conflicto, las disposiciones de este Manual del Plan y Documento de beneficios prevalecerán sobre las disposiciones de la ley, dentro de lo permitido legalmente. Toda cláusula, sección o parte de este Manual del Plan y Documento de beneficios que se considere o declare no válida por cualquier motivo será eliminada, y la(s) parte(s) restante(s) seguirá(n) en vigor, como si la cláusula o sección inválida no hubiese formado parte de ella(s).

Este Plan contiene una disposición sobre deducibles. Puede consultar los detalles sobre los montos en dólares de los deducibles y las fechas de implementación de los deducibles en las secciones 1 y 2, según el plan que elija.

ADVERTENCIA: SE PAGARÁN BENEFICIOS LIMITADOS CUANDO SE UTILICEN PROVEEDORES NO PARTICIPANTES. Debe tener en cuenta que cuando elige utilizar los servicios de un proveedor no participante para un servicio cubierto que no es de emergencia, el pago del beneficio para dicho proveedor no se basará en el cargo que el proveedor factura. La base del pago se determinará de acuerdo con el beneficio de reembolso fuera de la red de la póliza. Los proveedores no participantes pueden facturar a los asegurados por cualquier diferencia en el monto. **SE LE PODRÁ EXIGIR QUE PAGUE UN MONTO MAYOR AL DEL COSEGURO O DEL COPAGO.** Los proveedores participantes acordaron aceptar pagos con descuentos por los servicios sin facturación adicional que no sean los montos del coseguro, del copago y del deducible. Puede obtener más información sobre los proveedores que tienen un contrato con su plan de seguro consultando el sitio web de su aseguradora o contactando directamente a su aseguradora o representante.

Si usted o sus dependientes tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones para la cobertura de medicinas recetadas. Consulte la página 16-6 para obtener más información.

Índice

Información importante sobre el Plan	III
Introducción	IV
A quién debo llamar para recibir información	V
Sección 1: Resumen de beneficios de la opción PPO Estándar	1-1
Sección 2: Resumen de beneficios de la opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto	2-1
Sección 3: Servicios cubiertos	3-1
Sección 4: Limitaciones para afecciones preexistentes	4-1
Sección 5: Exclusiones	5-1
Sección 6: Acerca de la red de proveedores	6-1
Sección 7: Disposiciones adicionales exigidas	7-1
Sección 8: Características especiales del plan	8-1
Sección 9: Programa de Medicinas Recetadas	9-1
Sección 10: Información sobre la elegibilidad y afiliación	10-1
Sección 11: Cómo presentar una reclamación	11-1
Sección 12: Cómo apelar una reclamación denegada	12-1
Sección 13: Coordinación de los beneficios con otras coberturas	13-1
Sección 14: Derecho de recuperación y demanda por pérdidas del Plan	14-1
Sección 15: Definiciones	15-1
Sección 16: Avisos	16-1
Sección 17: Programa de Ahorros Compartidos	17-1

Información importante sobre el Plan

Administrador del Plan

Division of State Group Insurance
P.O. Box 5450
Tallahassee, FL 32314-5450
(850) 921-4600; (800) 226-3734

La División del Seguro Grupal del Estado (Division of State Group Insurance, DSGI), perteneciente al Departamento de Servicios Administrativos (Department of Management Services), fue designada por la Legislatura de Florida como la entidad responsable de administrar los beneficios de los empleados estatales, incluido el Plan PPO para empleados estatales ("Plan PPO" o "Plan").

La DSGI está autorizada a brindar cobertura de seguro de salud a través de planes totalmente asegurados o autoasegurados. Este Plan de organización de proveedores preferidos (preferred provider organization, PPO) es un plan autoasegurado. Esto significa que las reclamaciones se pagan con dinero de un fondo establecido por el estado de Florida (el "Estado"). Dado que este Plan es autoasegurado, el Plan no tiene que pagar las tarifas tradicionales de compañías de seguro, tales como retenciones, reaseguro, impuestos sobre las primas y otros cargos relacionados con seguros.

La DSGI tiene total autoridad para tomar decisiones de carácter definitivo en cuanto a la elegibilidad, cobertura, beneficios, reclamaciones e interpretación del Documento de beneficios del Plan.

Las decisiones definitivas en cuanto a la existencia de la cobertura o los beneficios del Plan no se delegarán ni se considerarán delegadas por la DSGI. La DSGI y los administradores externos del Programa Médico y de Medicinas Recetadas contratados por la DSGI son responsables de procesar reclamaciones de acuerdo con los términos del Documento de beneficios.

Administrador de reclamaciones médicas

Florida Blue
P.O. Box 2896
Jacksonville, FL 32232-0079
(800) 825-2583
www.floridablue.com
www.floridablue.com/state-employees

Florida Blue es un nombre comercial de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. (BCBSF). Florida Blue brinda servicios de procesamiento de reclamaciones, atención al cliente, acceso a la red de proveedores, lineamientos de la cobertura médica y servicios de administración de beneficios y uso. Los beneficios se ofrecen a través de la PPO Preferred Patient CareSM de Florida Blue, una

red de proveedores preferidos establecida por Florida Blue. Florida Blue no asume obligaciones o riesgos financieros en relación con las reclamaciones.

Administrador de reclamaciones del Programa de Medicinas Recetadas

CVS Caremark
(888) 766-5490
www.Caremark.com

CVS Caremark brinda servicios de administración de beneficios y uso de medicinas recetadas. CVS Caremark, además, ofrece servicios de pago de reclamaciones con respecto a medicinas recetadas, acceso a farmacias minoristas, servicios de pedidos por correo y servicios de administración clínica.

Documentos del Plan

Las descripciones incluidas en este documento tienen como objetivo brindar una explicación resumida de sus beneficios. Se ha usado un vocabulario fácil de entender, en la medida de lo posible, para ayudarle a comprender los términos del Plan.

Su cobertura del seguro se limita a los términos expresados por escrito en este Documento de beneficios. Su cobertura no se puede modificar sobre la base de declaraciones o promesas expresadas por cualquier persona, incluidos los empleados de la DSGI, Florida Blue, CVS Caremark, People First o su empleador.

Derechos al empleo

La existencia de este Plan no modifica los derechos al empleo de ningún empleado ni los derechos del Estado a despedir a un empleado.

Derechos a enmendar o rescindir el Plan

El Estado acordó patrocinar este Plan de forma indefinida, pero se reserva el derecho a enmendarlo, suspenderlo o rescindirlo por cualquier motivo. El programa de tarifas, las cantidades permitidas, las asignaciones, la condición de participación en la red de médicos y farmacias, los lineamientos de la póliza médica, la lista de medicinas preferidas (Preferred Drug List, PDL) recetadas, la lista de medicinas de mantenimiento, los lineamientos del Programa de Administración de Medicinas Especializadas y los costos de las primas están sujetos a modificaciones en cualquier momento y sin el consentimiento de los participantes del Plan. Se le entregará un aviso de las modificaciones que afectan sus niveles de beneficios, tan pronto como sea posible, en términos administrativos.

AVISO: Las siguientes acciones serán consideradas fraude o tergiversación de hechos materiales y están prohibidos por los términos del Plan:

- falsificación de información de dependientes;
- certificación falsa de personas no elegibles como elegibles;
- falsificación de la documentación de dependientes;
- afiliación falsa de personas no elegibles en la Cobertura;
- falsificación de eventos que modifican la condición de elegible (Qualifying Status Change, QSC);
- falsificación de la documentación de eventos QSC.

Si comete alguno de estos actos, se le exigirá que le reembolse al Plan por las reclamaciones fraudulentas o, si aún está dentro del plazo de elección de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), que pague las primas de COBRA por los meses en que las personas no elegibles gozaron de la cobertura.

Introducción

Este manual describe la cobertura y los beneficios disponibles para empleados, jubilados, participantes de COBRA, cónyuges supervivientes de empleados activos o jubilados del Estado, y dependientes cubiertos elegibles, bajo el Plan PPO para empleados estatales. En este manual, se hará referencia al Plan PPO como "este Plan" o "el Plan". Si luego de leer este manual tiene preguntas sobre su cobertura, puede llamar a cualquiera de los números de teléfono detallados en la página 3 y hablar con un representante de atención al asegurado.

El Plan PPO está diseñado para cubrir la mayoría de los gastos médicos significativos por una Enfermedad o lesión cubierta, incluidos los servicios Hospitalarios y Médicos. Sin embargo, usted será responsable de pagar lo siguiente:

1. deducibles;
2. copagos;
3. Coseguros (según corresponda; se trata de un porcentaje de la cantidad permitida dentro de la red o cantidad permitida fuera de la red por el servicio recibido);
4. tarifas de hospitalización;
5. servicios no cubiertos;
6. montos que exceden la cantidad permitida por el Plan para servicios fuera de la red, excepto cuando se brindan en casos de emergencia o en un centro que forma parte de la red;

7. montos que exceden las limitaciones del Plan;
8. multas por no certificar la mayoría de las Hospitalizaciones o estadías en un Hospital fuera de la red.

Este manual describe la afiliación y elegibilidad, los servicios cubiertos, lo que el Plan paga, los montos que usted debe pagar y los servicios que no están cubiertos.

Este Plan contiene una disposición sobre deducibles. En las secciones 1 y 2, según el plan que elija, puede consultar los detalles sobre los montos en dólares de los deducibles y cuándo se implementarán.

Puede consultar información importante sobre la afiliación y elegibilidad en la sección 10 de este manual, que incluye información sobre lo siguiente:

1. quiénes son elegibles para participar en este Plan;
2. cómo afiliarse para la cobertura;
3. cuándo comienza y finaliza la cobertura;
4. cuándo se puede continuar la cobertura, incluida la continuación de la cobertura a través de COBRA.

Necesidad médica

Para estar cubierto por este Documento del Plan, el servicio, la medicina recetada o el suministro deben cumplir todos los requisitos de un Servicio y Suministro Cubierto, incluida la condición de medicamento necesario, según lo define este Documento del Plan.

Es importante recordar que cada vez que revisemos si los servicios, medicinas recetadas o suministros son médicamente necesarios será solamente con el propósito de determinar la cobertura, los beneficios o pagos bajo los términos de este Documento del Plan y no con fines de recomendar o proporcionar cuidados médicos. Cuando revisemos si los servicios, medicinas recetadas o suministros son médicamente necesarios, es posible que revisemos su información o hechos médicos específicos. Sin embargo, estas revisiones tienen el fin exclusivo de determinar si el servicio, medicina recetada o suministro brindados o propuestos son médicamente necesarios, según lo define este Documento del Plan. Al implementar la definición de "medicamente necesario" a un servicio específico, medicina recetada o suministro, es posible que implementemos los lineamientos de nuestra cobertura y pagos vigentes en el momento.

Toda decisión que requiera o concierna discernimiento o capacitación médica/clínica profesional independiente, o la necesidad de servicios médicos, medicinas recetadas o suministros, es responsabilidad exclusivamente suya y de el (los) proveedor(es) a cargo de su cuidado. Usted y sus proveedores son responsables de decidir qué cuidados médicos debe

recibir y cuándo debe ser provisto ese cuidado. Florida Blue, CVS Caremark y la DSGI son exclusivamente responsables de determinar si los gastos efectuados por los cuidados médicos corresponden a Servicios y Suministros Cubiertos por este Documento del Plan. Al tomar decisiones sobre la cobertura, no se considerará que Florida Blue, CVS Caremark y la DSGI participan en sus decisiones con respecto a su salud o en las decisiones médicas de sus proveedores de salud ni que las anulan.

Ya sea si un servicio, medicina recetada o suministro está específicamente señalado como exclusión o no, el hecho de que un proveedor recete, recomiende, apruebe o proporcione un servicio, medicina recetada o suministro no significa que dicho servicio, medicina recetada o suministro sea médicamente necesario (según lo determina Florida Blue, CVS Caremark y la DSGI, y según se define en este Documento del Plan) ni que sea un Servicio y Suministro Cubierto. Usted puede obtener un servicio, medicina recetada o suministro, aun cuando nosotros deneguemos la cobertura por no tratarse de un servicio, medicina recetada o suministro médicamente necesario; sin embargo, usted será exclusivamente responsable por el pago de ese servicio, medicina recetada o suministro. Consulte la sección 15 para acceder a la definición de "médicamente necesario".

A quién debo llamar para recibir información

Si necesita información sobre...	Comuníquese con...
Beneficios médicos o reclamaciones bajo el Plan PPO, o sobre la búsqueda de proveedores médicos dentro de la red en el estado de Florida	Florida Blue P.O. Box 2896 Jacksonville, FL 32232-0079 (800) 825-2583 www.floridablue.com o www.floridablue.com/state-employees
Certificación hospitalaria previa a la hospitalización bajo el Plan PPO	(800) 955-5692
Buscar un proveedor dentro de la red de PPO fuera del estado de Florida, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos; Programa PPO BlueCard®	(800) 810-2583 o www.bluecares.com
Buscar un proveedor fuera de los Estados Unidos; BlueCard® a nivel mundial	(877) 547-2903 si llama dentro de los Estados Unidos, o (804) 673-1177 (cobro revertido) si llama fuera de los Estados Unidos
Programa Prenatal Healthy Addition®	(800) 955-7635, opción 6, www.floridablue.com o www.floridablue.com/state-employees
Health Dialog®	(877) 789-2583; TTY: (877) 900-4304
Información sobre el Programa de Medicinas Recetadas	CVS Caremark www.Caremark.com Equipo de Atención al cliente (888) 766-5490 Para solicitar documentación únicamente: CVS Caremark P.O. Box 52010 MC003 Phoenix, AZ 85072-2010 Correspondencia general; correspondencia para Atención al cliente: P.O. Box 7074 Lee's Summit, MO 64064-7074
Afiliación, elegibilidad o modificación de la cobertura	People First (866) 663-4735 https://peoplefirst.myflorida.com
Elegibilidad y afiliación de Medicare	La oficina de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) de su área

Sección 1: Resumen de beneficios de la opción PPO Estándar

Este resumen es una descripción general de la opción PPO Estándar. Para obtener más información sobre la cobertura y los beneficios de este Plan, así como sobre las limitaciones y exclusiones correspondientes, consulte las secciones 3 (Servicios cubiertos), 5 (Exclusiones), 7 (Disposiciones adicionales exigidas) y 15 (Definiciones) de este manual. **Si está afiliado a la opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto, consulte la sección 2, titulada “Resumen de beneficios de la opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto”.**

Descripción del Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red*
	Deducibles, copagos y límites por año calendario	
Deducible por año calendario (CYD)		
Por persona	\$250	\$750
Total familiar	\$500	\$1,500
Máximo del coseguro (OOP)		
Por persona		\$2,500
Total familiar		\$5,000
Máximo de la red global (OOP)		
Por persona	\$7,900	N/C
Total familiar	\$15,800	
Sala de emergencias (ER)		
Copago por servicios (por visita)	Copago de \$100 (se omite por hospitalización)	Copago de \$100 (se omite por hospitalización)
Centro de atención de urgencias	\$25 por visita	\$25 por visita
Deducible por hospitalización (PAD) para pacientes hospitalizados	\$250 por hospitalización	\$500 por hospitalización
Tarifa por visita (PVF) al consultorio del médico		
Médico de cabecera (PCP)	\$15 por visita	Solo coseguro, sin CYD o PVF
Especialista	\$25 por visita	
Centro de consultas sin cita previa	\$15 por visita	
Servicios de hospital		
Pensión completa (R&B) (habitación semiprivada) Se requiere certificación de hospitalización o de estadía hospitalaria (AC/HSC)	80 % de la cdad. permitida después del PAD	60 % de la cdad. permitida después del PAD
Cuidado intensivo/progresivo Se requiere AC/HSC	80 % de la cdad. permitida después del PAD	60 % de la cdad. permitida después del PAD
Sala de emergencias	100 % de la cdad. permitida después del copago de ER	100 % de la cdad. permitida después del copago de ER
Adicionales hospitalarios (radiografías, análisis de laboratorio, medicinas, oxígeno, quirófano, etc.)	80 % de la cdad. permitida después del PAD	60 % de la cdad. permitida después del PAD
Servicios para pacientes ambulatorios	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Hospitalización parcial	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios médicos		
Sala de emergencias	80 % de la cdad. permitida después del CYD	80% de la cdad. permitida después del CYD
Visita a un hospital	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Visita al consultorio	100 % de la cdad. permitida después de la PVF correspondiente	60 % de la cdad. permitida (sin PVF/CYD)
Servicios ambulatorios (visitas ambulatorias, consultas, atención maternal, etc.)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD

Descripción del Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red*
Servicios médicos		
Patología/radiología/anestesiología	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Cuidado preventivo para adultos (se incluyen las mamografías de diagnóstico)	100 % de la cdad. permitida	100 % de la cdad. permitida
Cuidado preventivo para niños	100 % de la cdad. permitida	100 % de la cdad. permitida
Cirugía (hospitalaria/ambulatoria)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Centro de atención de urgencias	100 % de la cdad. permitida después de la PVF de \$25	100 % de la cdad. permitida después de la PVF de \$25
Otros servicios en centros cubiertos		
Centro quirúrgico ambulatorio	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Centro de partos	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Hospital especializado en osteopatía (pacientes hospitalizados) Se requiere AC/HSC, excepto para rehabilitación física	80 % de la cdad. permitida después del PAD	60 % de la cdad. permitida después del PAD
Establecimiento de cuidados ambulatorios	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Hospital de rehabilitación (pacientes hospitalizados) No se requiere AC/HSC	80 % de la cdad. permitida después del PAD	60 % de la cdad. permitida después del PAD
Hospital de rehabilitación (pacientes ambulatorios)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Centro de enfermería especializada No sujeto a PAD; no se requiere AC/HSC	70 % de la cdad. permitida	70% de la cdad. permitida
Centro de especialidades (hospitalización) Se requiere AC/HSC	80 % de la cdad. permitida después del PAD	60 % de la cdad. permitida después del PAD
Centro de especialidades (ambulatorio)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios de salud en el hogar	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios de tratamiento residenciales	80 % de la cdad. permitida después del PAD	60 % de la cdad. permitida después del PAD
Otros servicios cubiertos		
Acupuntura	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Ambulancia	100 % de la cdad. permitida	100 % del costo cubierto
Autismo	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Labio leporino y paladar hendido	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Anticonceptivos, suministros y servicios relacionados	Se pagarán de acuerdo con el tipo de servicio prestado, como se indicó anteriormente en Cuidado preventivo para adultos, Visitas al consultorio del médico, otros Servicios médicos, Equipos médicos duraderos y medicinas recetadas.	
Servicios dentales	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Suministros/Equipos médicos duraderos (DME)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Anteojos o lentes de contacto	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD

Descripción del Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red*
Otros servicios cubiertos		
Pruebas y tratamientos de fertilidad limitados	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Pruebas de audición	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Mamografías (de diagnóstico y con fines médicos)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios manipulativos	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Mastectomía y cirugía reconstructiva	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Atención de maternidad	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios de asistente de partos	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Fisioterapia, masajes y terapia ocupacional	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Medicinas recetadas (CVS Caremark) Farmacia minorista participante (suministro para 30 días) Farmacia minorista participante (suministro para 90 días) Pedido por correo (suministro para 90 días)	Genéricas/de marca preferida/de marca no preferida \$7/\$30/\$50 \$14/\$60/\$100 \$14/\$60/\$100	Usted paga la totalidad y presenta una reclamación (Consulte la sección 9 para obtener información sobre reembolsos)
Prótesis	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Esterilización quirúrgica	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Trasplantes	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios para la pérdida de peso	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Pelucas	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios para pacientes terminales		
Hospitalización en un centro para pacientes terminales	70 % de la cdad. permitida	70% de la cdad. permitida
Hogar o servicios ambulatorios para pacientes terminales	80 % de la cdad. permitida	80% de la cdad. permitida

Nota: Es posible que determinadas categorías de proveedores Dentro de la red no estén disponibles actualmente en todas las regiones geográficas. Además, es posible que determinados proveedores (por ejemplo, radiólogos, anesthesiólogos, patólogos, médicos de salas de Emergencias, médicos hospitalarios), que brindan atención en centros de la red, no sean proveedores de la Red y, por lo tanto, estén sujetos a beneficios fuera de la red, a menos que, según las leyes vigentes, el proveedor fuera de la red tenga la obligación de aceptar la cantidad permitida fuera de la red vigente más los deducibles, copagos y coseguros correspondientes como pago total por los Servicios y Suministros Cubiertos.

Estos son los beneficios siempre que la cobertura esté activa (es decir, vigente) cuando se prestan los servicios. Las declaraciones orales y escritas no pueden modificar la cobertura o los beneficios descritos en este Manual del Plan y Documento de beneficios.

* La cantidad permitida fuera de la red no consiste en los costos facturados por el proveedor y podría ser significativamente menor a dichos costos. El paciente es responsable de pagar el 100 % de la diferencia entre los costos facturados y la cantidad permitida fuera de la red, excepto cuando los servicios se brinden en casos de emergencia o en un centro dentro de la red.

Cantidades máximas del plan

Servicios para pacientes terminales días por persona de por vida	210
Máximo de beneficios de por vida por persona de por vida	No corresponde
Servicios manipulativos por persona por año calendario	26 tratamientos
Masajes o fisioterapia (se excluye la fisioterapia para el tratamiento del trastorno del espectro autista y síndrome de Down)	
Tratamientos por día.	4
Días por período de 6 meses.	21
Terapia ocupacional (se excluye la terapia ocupacional para el tratamiento del trastorno del espectro autista y síndrome de Down, y bajo los servicios de atención médica en el hogar y servicios para pacientes terminales)	
Días por período de 6 meses.	21
Centro de enfermería especializada días por persona por año calendario	60
Servicios para la pérdida de peso (no quirúrgicos) por persona por período de 12 meses	\$150
Pelucas por persona por evento	\$40

En qué consiste su parte de los gastos por atención médica

Cómo paga los beneficios el Plan

Visitas al consultorio

Para las visitas al consultorio, el monto que usted pague dependerá de si usa un médico u otro proveedor de la red o fuera de la red. Usted pagará un copago establecido por visita para médicos u otros proveedores de atención médica de la red, en cambio deberá pagar un coseguro para la mayoría de las visitas al consultorio de médicos u otros proveedores de atención médica fuera de la red.

Si usa médicos u otros proveedores de atención médica fuera de la red, tendrá la obligación de pagar un monto que excede la cantidad permitida fuera de la red, a menos que, de acuerdo con la ley vigente, el proveedor fuera de la red tenga la obligación de aceptar la cantidad permitida fuera de la red más los deducibles, copagos y coseguros correspondientes, como pago total en concepto de los Servicios y Suministros Cubiertos. Consulte las páginas 1 a 7 para obtener más información sobre la cantidad permitida dentro de la red y la cantidad permitida fuera de la red.

Los copagos por visitas al consultorio no cuentan para alcanzar el deducible del año calendario del Plan o el máximo del coseguro por año calendario. Una visita al consultorio incluye todos los servicios prestados durante el día de la visita, por el mismo proveedor de atención médica. Por lo tanto, el copago que usted pague por la visita al consultorio rige sobre todos los servicios cubiertos prestados en esa visita al consultorio, y no cuenta para alcanzar el deducible del año calendario.

Visitas a la sala de emergencias

El monto que pague en concepto de visitas a la sala de emergencias dependerá de si usa un centro dentro o fuera de la red:

1. Centro
Usted pagará un Copago establecido por visita por los costos del centro. Este Copago se cancelará si usted es Hospitalizado directamente a partir de su visita a la sala de emergencias. El Copago por visita a la sala de emergencias no cuenta para alcanzar el deducible del año calendario del Plan o el máximo del coseguro por año calendario.
2. Médico de la sala de emergencias u otro proveedor de atención médica
Usted pagará un porcentaje de la cantidad permitida dentro de la red o de la cantidad permitida fuera de la red, una vez que haya alcanzado el deducible por año calendario. En ocasiones es posible que reciba los servicios de un médico de la sala de emergencias o de otro proveedor de atención médica que no forma parte de la red en un centro de la red.

Deducible por estadías hospitalarias (Deducible por hospitalización)

El deducible por año calendario no rige sobre los servicios por Hospitalizaciones en centros cubiertos, pero existe un deducible separado para Hospitalizaciones que rige sobre cada estadía Hospitalaria. Esto significa que usted debe pagar el deducible por estadía Hospitalaria cada vez que sea hospitalizado, antes de que el Plan pague los beneficios de servicios en centros cubiertos. El deducible por año calendario rige sobre servicios Médicos u otros servicios profesionales brindados durante su estadía Hospitalaria.

Deducible para la mayoría de los demás servicios de atención cubiertos

Usted debe pagar un deducible por año calendario antes de que este Plan pague los beneficios para la mayoría de los gastos cubiertos. Consulte la tabla del resumen de beneficios en las páginas 1-1 a 1-3 para obtener información sobre los servicios que no están sujetos al deducible por año calendario (por ejemplo, los servicios que requieren un Copago o deducible por hospitalización). El deducible por año calendario rige a partir del 1.º de enero hasta el 31 de diciembre. El deducible no se pasará al año siguiente.

Una vez alcanzado el deducible por año calendario, este Plan pagará un porcentaje de la cantidad permitida dentro de la red para proveedores de la red y un porcentaje de la cantidad permitida fuera de la red para proveedores fuera de la red. Consulte las páginas 1 a 7 para obtener más información con respecto a su parte de los gastos en concepto de proveedores fuera de la red.

El monto del deducible por año calendario depende de si usa proveedores dentro o Fuera de la red. Los montos del deducible por servicios cubiertos dentro de la red contarán a la hora de alcanzar el deducible fuera de la red y viceversa.

Si usted tiene una cobertura individual, este Plan comenzará a pagar un porcentaje de sus gastos elegibles una vez que alcance su deducible individual.

Si tiene una cobertura familiar, puede alcanzar el deducible familiar de dos maneras:

1. dos integrantes de la familia pueden alcanzar cada deducible individual por año calendario;
2. todos los integrantes de la familia pueden combinar sus gastos cubiertos para alcanzar el deducible familiar.

Cómo funciona el deducible

Supongamos que Joe y su familia realizaron los siguientes gastos médicos cubiertos durante los primeros tres meses de un año calendario. Todos los gastos son para recibir atención de proveedores de la red, no para visitas al consultorio.

Joe	\$ 200
Esposa	\$ 125
Hija	\$ 100
Hijo	+ \$ 75
deducible familiar dentro de la red	\$ 500

En este ejemplo, los gastos cubiertos combinados de los integrantes de la familia alcanzan el deducible familiar dentro de la red.

Una vez que la familia alcanza el deducible familiar, este Plan comienza a pagar un porcentaje de los gastos cubiertos de usted y todos sus dependientes cubiertos, durante el resto del año calendario. Si una persona de su familia alcanza el deducible individual, el Plan comienza a pagar un porcentaje de los gastos cubiertos de esa persona, durante el resto del año calendario.

Gastos máximos de coseguro por año calendario

Existe un límite en el monto del coseguro que usted pagará de su bolsillo (out of pocket, OOP) en concepto de gastos cubiertos en cualquier año calendario, para la atención dentro y fuera de la red combinada. Una vez que la parte de gastos de su bolsillo en concepto de coseguro alcanza el límite anual, este Plan comienza a pagar el 100 % de la cantidad permitida dentro de la red por la atención brindada por proveedores dentro de la red, y el 100 % de la cantidad permitida fuera de la red por la atención brindada por proveedores fuera de la red, después de los copagos o deducibles exigidos, por el resto del año calendario. Alcanzará el gasto máximo de su bolsillo de coseguro (si corresponde) cuando los gastos por coseguro de dos integrantes de la familia cubiertos o una combinación de integrantes de la familia cubiertos alcancen el máximo del coseguro.

Tanto sus gastos cubiertos dentro de la red como fuera de la red cuentan para el máximo de su bolsillo por coseguro. Los siguientes gastos, sin embargo, no cuentan para el máximo de su bolsillo por coseguro:

1. deducibles por año Calendario y por hospitalización;
2. copagos por visitas al consultorio, visitas por atención de urgencia y visitas a la sala de emergencias;
3. costos por servicios y suministros no cubiertos por este Plan;
4. costos que exceden la cantidad permitida fuera de la red por proveedores fuera de la red;
5. costos que exceden los límites del Plan para montos en dólares, cantidad de tratamientos o cantidad de días de tratamiento;
6. certificación previa a la hospitalización u otras sanciones.

Máximo de su bolsillo de la red global

Existe un límite en el monto que pagará de su bolsillo por gastos cubiertos durante cualquier año calendario, por los Servicios y Suministros Cubiertos y medicinas recetadas dentro de la red. Bajo la cobertura individual, una vez que la parte de gastos de su bolsillo dentro de la red alcance el máximo de su bolsillo de la red global, este Plan comienza a pagar el 100 % de la cantidad permitida dentro de la red por Servicios y Suministros Cubiertos y medicinas recetadas dentro de la red, por el resto del año calendario. Usted alcanza el máximo familiar de su bolsillo de la red global cuando dos integrantes de la familia cubiertos o una combinación de integrantes de la familia cubiertos alcanzan el máximo familiar de su bolsillo de la red global. Solo los gastos por Servicios y Suministros Cubiertos y medicinas recetadas dentro de la red cuentan para alcanzar el máximo de su bolsillo de la red global; los gastos que cuentan para alcanzar el máximo incluyen lo siguiente:

1. gastos de la red que corresponden al deducible por año calendario;
2. gastos de la red que corresponden al máximo anual de su bolsillo por coseguro;
3. copagos por visitas a salas de emergencias de la red;
4. deducibles por hospitalización en hospitales de la red;
5. copagos por visitas a consultorios de la red;
6. copagos por medicinas recetadas de la red.

Los gastos que no cuentan para alcanzar el máximo de su bolsillo de la red global son los siguientes:

1. gastos fuera de la red que corresponden al deducible por año calendario;
2. gastos fuera de la red que corresponden al máximo anual de su bolsillo por coseguro;
3. copagos por visitas a salas de emergencias fuera de la red;
4. deducibles por hospitalización en hospitales fuera de la red;
5. coseguro por visita a un consultorio fuera de la red;
6. costos por servicios, suministros y medicinas recetadas no cubiertos por este Plan;
7. costos por Servicios y Suministros Cubiertos y medicinas recetadas que exceden los límites del Plan para montos en dólares, cantidad de tratamientos, o cantidad de días de tratamiento;
8. costos o sanciones por no obtener la certificación previa a la hospitalización o exceder los días aprobados por la certificación para la estadía hospitalaria;
9. medicinas recetadas fuera de la red;
10. medicinas especializadas denegadas por el Programa de Administración de Lineamientos sobre Especialidades (Specialty Guideline Management Program);
11. medicinas especializadas que hubiesen sido denegadas o hubiesen estado fuera de los lineamientos para el tratamiento clínico establecidos por el Programa de Administración de Lineamientos sobre Especialidades, si usted hubiese intentado obtener la aprobación de la medicina sin realizar el proceso de aprobación adecuado;
12. La diferencia entre el costo de una medicina genérica y una medicina de marca, cuando el médico que elaboró la receta no indicó "dispense as written" (suministrar exactamente la medicina indicada) o "brand name medically necessary" (esta marca determinada es médicamente necesaria) y usted solicita la medicina de marca.

El plan paga una parte de los gastos cubiertos

Los beneficios se pagan en dos niveles diferentes. El nivel que usted reciba dependerá de si recibe atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.

El Plan paga los beneficios por servicios cubiertos basándose en la cantidad permitida dentro de la red, para la atención dentro de la red, y en la cantidad permitida fuera de la red, para la atención fuera de la red. Las cantidades permitidas dentro de la red son las tarifas preferenciales que Florida Blue negoció con los proveedores de la red, y estos últimos no tienen

permitido cobrarle a usted montos que excedan las cantidades permitidas de la red. Cuando usted utiliza proveedores de la red, aprovecha las tarifas preferenciales de las cantidades permitidas dentro de la red y el Plan paga el nivel mayor de beneficios, lo cual le permite a usted reducir sus costos.

Cuando recibe servicios de proveedores fuera de la red por elección propia, o incluso cuando no tiene otra opción, este Plan pagará los beneficios basándose en la cantidad permitida fuera de la red, no en los costos facturados por los proveedores. Si su proveedor le cobra más que la cantidad permitida fuera de la red, usted será responsable de pagar los montos que excedan la cantidad permitida fuera de la red, a menos que, de acuerdo con la ley vigente, el proveedor fuera de la red tenga la obligación de aceptar la cantidad permitida fuera de la red más los deducibles, copagos y coseguros correspondientes, como pago total en concepto de los Servicios y Suministros Cubiertos. Además, dado que el Plan con frecuencia paga un nivel de beneficios menor por la atención fuera de la red, usted paga más costos de su bolsillo por la atención fuera de la red, a menos que, de acuerdo con la ley vigente, el proveedor fuera de la red tenga la obligación de aceptar la cantidad permitida fuera de la red más los deducibles, copagos y coseguros correspondientes, como pago total en concepto de los Servicios y Suministros Cubiertos.

Al seleccionar Florida Blue como administrador de reclamaciones médicas del Plan PPO para empleados estatales, la DSGI acordó aceptar el cronograma de cantidades permitidas fuera de la red utilizado por Florida Blue para pagar servicios de atención médica específicos prestados por proveedores fuera de la red.

En el caso de un proveedor fuera de la red que no ha celebrado un contrato con Florida Blue para ofrecer un descuento en el monto facturado por los Servicios Cubiertos específicos que le ha brindado a usted, la cantidad permitida fuera de la red será la suma menor entre el importe facturado real de ese proveedor fuera de la red por los Servicios Cubiertos específicos y el importe establecido por Florida Blue que puede basarse en diversos factores, incluidos, entre otros los siguientes:

- el pago por dichos Servicios Cubiertos de acuerdo con los programas Medicare o Medicaid;
- el pago normalmente aceptado para dichos Servicios Cubiertos por ese proveedor fuera de la red o por otros proveedores, ya sea en Florida o en otros mercados comparables que Florida Blue determine que son comparables con el proveedor fuera de la red que prestó los Servicios Cubiertos específicos (que puede incluir el pago aceptado por dicho proveedor fuera de la red o por otros proveedores que participan en otras redes de proveedores de terceros responsables del pago

que incluyen, por ejemplo, otras compañías de seguros u organizaciones de mantenimiento de la salud);

- pagos que son consistentes, según lo determina Florida Blue, con las estrategias de nuestra red de proveedores (por ejemplo, pagos que no alientan a proveedores que participan en una red de Florida Blue a dejar de participar);
- el costo de brindar los Servicios Cubiertos específicos.

En el caso de un proveedor fuera de la red que no ha celebrado un contrato con otra organización de Blue Cross o Blue Shield para permitir el acceso a descuentos en el importe facturado por los Servicios Cubiertos específicos en virtud del programa BlueCard®, la cantidad permitida fuera de la red para los Servicios Cubiertos específicos que se le prestaron a usted puede basarse en el monto que la otra organización de Blue Cross o Blue Shield en la que se prestaron los Servicios le proporcione a Florida Blue, es decir, en el monto que esa organización pagaría por esos Servicios a proveedores fuera de la red en su área geográfica.

En ningún caso se permitirá que la cantidad permitida fuera de la red sea mayor al importe que el proveedor fuera de la red realmente cobra.

Si un Servicio Cubierto en particular no está disponible a través de un proveedor que participa en la red PPCSM, según lo determine Florida Blue, la cantidad permitida fuera de la red, siempre que rijan la sección 627.6471 de los Estatutos de Florida (Florida Statutes), implicará el cargo usual y habitual de proveedores similares en el área geográfica según lo determine Florida Blue.

Puede obtener un estimado de la cantidad permitida fuera de la red o la cantidad permitida dentro de la red para determinados servicios en particular, llamando a la línea gratuita de Atención al Cliente de Florida Blue, al 1-800-825-2583. El hecho de que Florida Blue o la DSGI le puedan proporcionar esa información no significa que el servicio en particular sea un Servicio Cubierto. Se implementarán todos los términos y condiciones incluidos en este Manual del Plan y Documento de beneficios. Consulte la sección 1 (Resumen de beneficios de la opción PPO Estándar), la sección 2 (Resumen de beneficios de la opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto), la sección 3 (Servicios cubiertos) y la sección 5 (Exclusiones), para obtener información más detallada sobre el Plan y los montos de costos compartidos, servicios cubiertos y exclusiones del asegurado.

Tenga en cuenta que cada vez que utilice proveedores fuera de la red recibirá beneficios del nivel fuera de la red.

Consulte la sección 6 para obtener más información sobre la red PPCSM.

La cantidad permitida fuera de la red no consiste en los costos facturados por el proveedor y podría ser significativamente menor a dichos costos. El paciente es responsable del 100 % de la diferencia entre los costos facturados y la cantidad permitida fuera de la red, a menos que, de acuerdo con la ley vigente, el proveedor fuera de la red tenga la obligación de aceptar la cantidad permitida fuera de la red más los deducibles, copagos y coseguros correspondientes, como pago total en concepto de los Servicios y Suministros Cubiertos.

Sección 2: Resumen de beneficios de la opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto

El resumen ofrece una descripción general de la opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto. Para obtener más información sobre la cobertura y los beneficios de este Plan, así como sobre las limitaciones y exclusiones correspondientes, consulte las secciones 3 (Servicios cubiertos), 5 (Exclusiones), 7 (Disposiciones adicionales exigidas) y 15 (Definiciones) de este manual. **Si está inscrito en la opción PPO Estándar, consulte la sección 1, titulada "Resumen de beneficios de la opción PPO Estándar".**

Descripción del Beneficio	Dentro de la red		Fuera de la red*
	Deducibles, copagos y límites por año calendario		
Deducible por año calendario (CYD)	CYD		
Comprador individual	\$1,350		\$2,500
Comprador familiar	\$2,700		\$5,000
Máximo del coseguro (OOP)			
Comprador individual	\$3,000		\$7,500
Comprador familiar	\$6,000		\$15,000
Máximo de la red global (OOP)			
Comprador individual	\$4,350		N/C
Comprador familiar	\$8,700 (ninguna persona podrá exceder los \$6,750)		
Copago de servicios en sala de emergencias (por visita)	Sin copago, sujeto a CYD		
Deducible por hospitalización (PAD) para pacientes hospitalarios	Sin PAD; sujeto a CYD		\$1,000 después del CYD
Consultorio del médico Centro de consultas sin cita previa Centro de atención de urgencias	Sujeto a coseguro y CYD		
Servicios de hospital			
Pensión completa (R&B) (habitación semiprivada)	80 % de la cdad. permitida después del CYD		60 % de la cdad. permitida después del PAD y CYD
Se requiere certificación de hospitalización o de estadía hospitalaria (AC/HSC)			
Cuidado intensivo/progresivo Se requiere AC/HSC	80 % de la cdad. permitida después del CYD		60 % de la cdad. permitida después del PAD y CYD
Sala de emergencias	80 % de la cdad. permitida después del CYD		80% de la cdad. permitida después del CYD
Adicionales hospitalarios (radiografías, análisis de laboratorio, medicinas, oxígeno, quirófano, etc.)	80 % de la cdad. permitida después del CYD		60 % de la cdad. permitida después del PAD y CYD
Servicios para pacientes ambulatorios	80 % de la cdad. permitida después del CYD		60 % de la cdad. permitida después del CYD
Hospitalización parcial	80 % de la cdad. permitida después del CYD		60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios médicos			
Sala de emergencias	80 % de la cdad. permitida después del CYD		80% de la cdad. permitida después del CYD
Visita a un hospital	80 % de la cdad. permitida después del CYD		60 % de la cdad. permitida después del CYD
Visita al consultorio	80 % de la cdad. permitida después del CYD		60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios ambulatorios (visitas ambulatorias, consultas, atención maternal, etc.)	80 % de la cdad. permitida después del CYD		60 % de la cdad. permitida después del CYD
Patología/radiología/anestesiología	80 % de la cdad. permitida después del CYD		60 % de la cdad. permitida después del CYD

Descripción del Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red*
Servicios médicos		
Cuidado preventivo para adultos (se incluyen las mamografías de diagnóstico)	100 % de la cdad. permitida	100 % de la cdad. permitida
Cuidado preventivo para niños	100 % de la cdad. permitida	100 % de la cdad. permitida
Cirugía (hospitalaria/ambulatoria)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Centro de atención de urgencias	80 % de la cdad. permitida después del CYD	80% de la cdad. permitida después del CYD
Otros servicios en centros cubiertos		
Centro quirúrgico ambulatorio	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Centro de partos	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Hospital especializado en osteopatía (pacientes hospitalizados) Se requiere AC/HSC, excepto para rehabilitación física	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del PAD y CYD
Establecimiento de cuidados ambulatorios	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Hospital de rehabilitación (pacientes hospitalizados) No se requiere AC/HSC	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del PAD y CYD
Hospital de rehabilitación (pacientes ambulatorios)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Centro de enfermería especializada No sujeto a PAD; no se requiere AC/HSC	70 % de la cdad. permitida después del CYD	70% de la cdad. permitida después del CYD
Centro de especialidades (hospitalización) Se requiere AC/HSC	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del PAD y CYD
Centro de especialidades (ambulatorio)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios de salud en el hogar	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios de tratamiento residenciales	80 % de la cdad. permitida después del PAD	60 % de la cdad. permitida después del PAD y CYD
Otros servicios cubiertos		
Acupuntura	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Ambulancia	100 % de la cdad. permitida después del CYD	100 % de los costos cubiertos después del CYD
Autismo	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Labio leporino y paladar hendido	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Anticonceptivos, suministros y servicios relacionados	Se pagarán de acuerdo con el tipo de servicio prestado, como se indicó anteriormente para el cuidado preventivo para adultos, Atención en el consultorio del médico, otros servicios médicos, equipos médicos duraderos y medicinas recetadas.	
Servicios dentales	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Suministros/Equipos médicos duraderos (DME)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Anteojos o lentes de contacto	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD

Descripción del Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red*
Otros servicios cubiertos		
Pruebas y tratamientos de fertilidad limitados	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Pruebas de audición	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Mamografías (de diagnóstico y con fines médicos)	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios manipulativos	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Mastectomía y cirugía reconstructiva	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Atención de maternidad	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios de asistente de partos	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Fisioterapia, masajes y terapia ocupacional	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Medicinas recetadas (CVS Caremark) Farmacia minorista participante (suministro para 30 días) Farmacia minorista participante (suministro para 90 días) Pedido por correo (suministro para 90 días)	Genéricas/de marca preferida/de marca no preferida 30 %/30 %/50 % 30 %/30 %/50 % 30 %/30 %/50 % (después del CYD dentro de la red)	Usted paga la totalidad y presenta una reclamación (Consulte la sección 9 para obtener información sobre reembolsos)
Prótesis	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Esterilización quirúrgica	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Trasplantes	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios para la pérdida de peso	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Pelucas	80 % de la cdad. permitida después del CYD	60 % de la cdad. permitida después del CYD
Servicios para pacientes terminales		
Hospitalización en un centro para pacientes terminales	70 % de la cdad. permitida después del CYD	70% de la cdad. permitida después del CYD
Hogar o servicios ambulatorios para pacientes terminales	80 % de la cdad. permitida después del CYD	80% de la cdad. permitida después del CYD

Nota: Es posible que determinadas categorías de proveedores dentro de la red no estén disponibles actualmente en todas las regiones geográficas. Además, es posible que determinados proveedores (por ejemplo, radiólogos, anesthesiólogos, patólogos, médicos de salas de emergencias, médicos hospitalarios) que brindan atención en centros de la red no sean proveedores de la red y, por lo tanto, estén sujetos a beneficios fuera de la red, a menos que, según las leyes vigentes, el proveedor fuera de la red tenga la obligación de aceptar la cantidad permitida fuera de la red vigente más los deducibles, copagos y coseguros correspondientes como pago total por los Servicios y Suministros Cubiertos.

Estos son los beneficios siempre que la cobertura esté activa (es decir, vigente) cuando se prestan los servicios. Las declaraciones orales y escritas no pueden modificar la cobertura o los beneficios descritos en este Manual del Plan y Documento de beneficios.

* La cantidad permitida fuera de la red no consiste en los costos facturados por el proveedor y podría ser significativamente menor a dichos costos. El paciente es responsable de pagar el 100 % de la diferencia entre los costos facturados y la Cantidad permitida fuera de la red, excepto cuando los servicios se brinden en casos de emergencia o en un centro dentro de la red.

Cantidades máximas del plan

Servicios para pacientes terminales días por persona de por vida	210
Máximo de beneficios de por vida por persona de por vida (incluye medicinas recetadas)	No corresponde
Servicios manipulativos por persona por año calendario	26 tratamientos
Masajes o fisioterapia (se excluye la terapia ocupacional para el tratamiento del trastorno del espectro autista y síndrome de Down)	
Tratamientos por día.	4
Días por período de 6 meses.	21
Terapia ocupacional (se excluye la fisioterapia para el tratamiento del trastorno del espectro autista y síndrome de Down, y bajo los servicios de atención médica en el hogar y servicios para pacientes terminales)	
Días por período de 6 meses.	21
Centro de enfermería especializada días por persona por año calendario	60
Servicios para la pérdida de peso (no quirúrgicos) por persona por período de 12 meses	\$150
Pelucas por persona por evento	\$40

En qué consiste su parte de los gastos por atención médica

Cómo paga los beneficios el Plan

Visitas al consultorio

Para las visitas al consultorio, el monto que usted pague dependerá de si usa un médico u otro proveedor de la red o fuera de la red. Usted pagará un porcentaje de la cantidad permitida dentro de la red por proveedores dentro de la red, y un porcentaje de la cantidad permitida fuera de la red por proveedores fuera de la red, una vez que haya alcanzado el deducible por año calendario.

Si usa médicos u otros proveedores de atención médica fuera de la red, usted pagará un monto que excede la cantidad permitida fuera de la red, a menos que, de acuerdo con la ley vigente, el proveedor fuera de la red tenga la obligación de aceptar la cantidad permitida fuera de la red más los deducibles, copagos y coseguros correspondientes, como pago total en concepto de los Servicios y Suministros Cubiertos. Consulte la página 2-6 para obtener más información sobre la cantidad permitida dentro de la red y la cantidad permitida fuera de la red.

Visitas a la sala de emergencias

El monto que pague en concepto de visitas a la sala de emergencias dependerá de si usa un centro dentro o fuera de la red:

1. Centro
El Plan paga un porcentaje de la cantidad permitida dentro de la red o la cantidad permitida fuera de la red, después de que usted alcance el deducible por año calendario; usted pagará el porcentaje restante del coseguro.
2. Médico de la sala de emergencias u otro proveedor de atención médica
El Plan pagará un porcentaje de la cantidad permitida dentro de la red o de la cantidad permitida fuera de la red, una vez que usted haya alcanzado el deducible por año calendario. Usted es responsable de pagar su parte del coseguro. En ocasiones es posible que reciba los servicios de un médico de la sala de emergencias o de otro proveedor de salud que no forma parte de la red en un centro de la red.

Deducible

Antes de que este Plan pague beneficios por gastos cubiertos, usted debe alcanzar el deducible por año calendario. Tanto los gastos de salud como los gastos por medicinas recetadas cuentan para el deducible por año calendario en la opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto. El deducible por año calendario rige a partir del 1.º de enero hasta el 31 de diciembre. El deducible no se pasará al año siguiente.

Una vez alcanzado el deducible por año calendario, este Plan pagará un porcentaje de la cantidad permitida

dentro de la red para proveedores de la red y un porcentaje de la cantidad permitida fuera de la red para proveedores fuera de la red. Consulte la página 2-6 para obtener más información con respecto a su parte de los gastos en concepto de proveedores fuera de la red.

El monto del deducible por año calendario depende de si usa proveedores dentro o fuera de la red. Los montos del deducible por servicios cubiertos dentro de la red contarán a la hora de alcanzar el deducible fuera de la red y viceversa.

Si usted tiene una cobertura individual, este Plan comenzará a pagar un porcentaje de sus gastos elegibles una vez que alcance su deducible individual.

Si tiene una cobertura familiar, puede alcanzar el deducible individual/familiar de dos maneras:

1. un integrante de la familia puede alcanzar el deducible individual por año calendario, después de lo cual el Plan comenzará a pagar un porcentaje de los gastos elegibles de ese integrante de la familia;
2. todos los integrantes de la familia pueden combinar sus gastos elegibles para alcanzar el deducible familiar, después de lo cual el Plan comenzará a pagar un porcentaje de los gastos elegibles de todos los integrantes de la familia.

Cómo funciona el deducible

Supongamos que Joe y su familia están cubiertos por la opción de Plan de Salud PPO con Deducible Alto y realizaron los siguientes gastos médicos cubiertos durante los primeros tres meses de un año calendario. Todos los gastos son para obtener atención de proveedores de la red.

Joe	\$1,200
Esposa	\$1,125
Hija	\$ 300
Hijo	+ \$ 75
deducible familiar dentro de la red	\$2.700

En este ejemplo, los gastos cubiertos combinados de los integrantes de la familia alcanzan el deducible familiar dentro de la red.

El deducible por año calendario de la opción de Plan de Salud PPO con Deducible Alto rige sobre todos los servicios que usted recibe bajo la póliza, a excepción del cuidado preventivo.

Gastos máximos de coseguro por año calendario

Existe un límite en el monto del coseguro que usted pagará de su bolsillo en concepto de gastos cubiertos

en cualquier año calendario, para la atención dentro y fuera de la red combinada. Bajo un contrato o póliza individual, una vez que la parte de gastos de su bolsillo en concepto de coseguro alcanza el máximo individual anual de coseguro, este Plan comienza a pagar el 100 % de la cantidad permitida dentro de la red por la atención brindada por proveedores dentro de la red, y el 100 % de la cantidad permitida fuera de la red por la atención brindada por proveedores fuera de la red, por el resto del año calendario. Bajo un contrato o póliza familiar, usted alcanzará el máximo familiar acumulado de gastos de su bolsillo en concepto de coseguro (si corresponde) cuando los gastos de coseguro de un integrante de la familia o de una combinación de integrantes de la familia cubiertos alcancen el máximo familiar.

Tanto sus gastos cubiertos dentro de la red como fuera de la red cuentan para el máximo de su bolsillo. Los siguientes gastos, sin embargo, no cuentan para el máximo de su bolsillo:

1. deducibles por año calendario y por hospitalización;
2. costos por servicios y suministros no cubiertos por este Plan;
3. costos que exceden la cantidad permitida fuera de la red por proveedores que no pertenecen a la red;
4. costos que exceden los límites del Plan para montos en dólares, cantidad de tratamientos o cantidad de días de tratamiento;
5. certificación previa a la hospitalización u otras sanciones.

Máximo de su bolsillo de la red global

Existe un límite en el monto que pagará de su bolsillo por gastos cubiertos durante cualquier año calendario, por los Servicios y Suministros Cubiertos y medicinas recetadas dentro de la red. Bajo la cobertura individual, una vez que la parte de gastos de su bolsillo dentro de la red alcance el máximo de su bolsillo de la red global, este Plan comienza a pagar el 100 % de la cantidad permitida dentro de la red por Servicios y Suministros Cubiertos y medicinas recetadas dentro de la red, por el resto del año calendario. Usted alcanza el máximo familiar de su bolsillo de la red global cuando dos integrantes de la familia cubiertos o una combinación de integrantes de la familia cubiertos alcanzan el máximo familiar de su bolsillo de la red. Sin embargo, ningún integrante de la familia podrá superar los \$6,750. Solo los gastos por Servicios y Suministros Cubiertos y medicinas recetadas dentro de la red cuentan para alcanzar el máximo de su bolsillo de la red global; los gastos que cuentan para alcanzar el máximo incluyen lo siguiente:

1. gastos de la red que corresponden al deducible por año calendario;
2. gastos de la red que corresponden al máximo anual de su bolsillo de coseguro;

3. coseguro por visitas a salas de emergencias de la red;
4. deducibles y coseguro por hospitalización en hospitales de la red;
5. coseguro por visitas a consultorios de la red;
6. coseguro por medicinas recetadas de la red.

Los gastos que no cuentan para alcanzar el máximo de su bolsillo de la red global son los siguientes:

1. gastos fuera de la red que corresponden al deducible por año calendario;
2. gastos fuera de la red que corresponden al máximo anual de su bolsillo por coseguro;
3. coseguro por visitas a salas de emergencias fuera de la red;
4. deducibles y coseguro por hospitalización en hospitales fuera de la red;
5. coseguro por visita a un consultorio fuera de la red;
6. costos por servicios, suministros y medicinas recetadas no cubiertos por este Plan;
7. costos por Servicios y Suministros Cubiertos y medicinas recetadas que exceden los límites del Plan para montos en dólares, cantidad de tratamientos, o cantidad de días de tratamiento;
8. costos o sanciones por no obtener la certificación previa a la hospitalización o exceder los días aprobados por la certificación para la estadía hospitalaria;
9. medicinas recetadas fuera de la red;
10. medicinas especializadas denegadas por el Programa de Administración de Lineamientos sobre Especialidades (Specialty Guideline Management Program);
11. medicinas especializadas que hubiesen sido denegadas o hubiesen estado fuera de los lineamientos para el tratamiento clínico establecidos por el Programa de Administración de Lineamientos sobre Especialidades, si usted hubiese intentado obtener la aprobación de la medicina, sin realizar el proceso de aprobación adecuado;
12. La diferencia entre el costo de una medicina genérica y una medicina de marca, cuando el médico que elaboró la receta no indicó "dispense as written" (suministrar exactamente la medicina indicada) o "brand name medically necessary" (esta marca determinada es medicamento necesaria) y usted solicita la medicina de marca.

El Plan paga la parte mayor de los gastos cubiertos

Los beneficios se pagan en dos niveles diferentes. El nivel que usted reciba dependerá de si la atención es suministrada por proveedores de la red o proveedores fuera de la red.

El Plan paga los beneficios por servicios cubiertos basándose en la cantidad permitida dentro de la red, para la atención dentro de la red, y en la cantidad permitida fuera de la red, para la atención fuera de la red. Las cantidades permitidas dentro de la red son las tarifas preferenciales que Florida Blue negoció con los proveedores de la red, y estos últimos no tienen permitido cobrarle a usted montos que excedan las cantidades permitidas de la red. Cuando usted utiliza proveedores de la red, aprovecha las tarifas preferenciales de las cantidades permitidas dentro de la red, y el Plan paga el nivel mayor de beneficios, lo cual le permite a usted reducir sus costos.

Cuando recibe servicios de proveedores fuera de la red por elección propia, o incluso cuando no tiene otra opción, este Plan pagará los beneficios basándose en la cantidad permitida fuera de la red, no en los costos facturados por los proveedores. Si su proveedor le cobra más que la cantidad permitida fuera de la red, usted será responsable de pagar los montos que excedan la cantidad permitida fuera de la red, a menos que, de acuerdo con la ley vigente, el proveedor que no pertenece a la red tenga la obligación de aceptar la cantidad permitida fuera de la red más los deducibles, copagos y coseguros correspondientes, como pago total en concepto de los Servicios y Suministros Cubiertos. Además, dado que el Plan con frecuencia paga un nivel de beneficios menor por la atención fuera de la red, usted paga más costos de su bolsillo por la atención fuera de la red, a menos que, de acuerdo con la ley vigente, el proveedor que no pertenece a la red tenga la obligación de aceptar la cantidad permitida fuera de la red más los deducibles, copagos y coseguros correspondientes, como pago total en concepto de los Servicios y Suministros Cubiertos.

Al seleccionar Florida Blue como administrador de reclamaciones médicas del Plan PPO para empleados estatales, la DSGI acordó aceptar el cronograma de cantidades permitidas fuera de la red utilizado por Florida Blue para pagar servicios de atención médica específicos prestados por proveedores fuera de la red.

En el caso de un proveedor fuera de la red que no ha celebrado un contrato con Florida Blue para ofrecer un descuento en el monto facturado por los Servicios Cubiertos específicos que le ha brindado a usted, la cantidad permitida fuera de la red será la suma menor entre el importe facturado real de ese proveedor fuera de la red por los Servicios Cubiertos específicos y el importe establecido por Florida Blue que puede basarse en diversos factores, incluidos, entre otros los siguientes:

- el pago por dichos Servicios Cubiertos de acuerdo con los programas Medicare o programas de Medicaid;
- el pago normalmente aceptado para dichos Servicios Cubiertos por ese proveedor fuera de la

red o por otros proveedores, ya sea en Florida o en otros mercados comparables que Florida Blue determine que son comparables con el proveedor fuera de la red que prestó los Servicios Cubiertos específicos (que puede incluir el pago aceptado por dicho proveedor fuera de la red o por otros proveedores que participan en otras redes de proveedores de terceros responsables del pago que incluyen, por ejemplo, otras compañías de seguros u organizaciones de mantenimiento de la salud);

- pagos que son consistentes, según lo determina Florida Blue, con las estrategias de nuestra red de proveedores (por ejemplo, pagos que no alientan a proveedores que participan en una red de Florida Blue a dejar de participar);
- el costo de brindar los Servicios Cubiertos específicos.

En el caso de un proveedor fuera de la red que no ha celebrado un contrato con otra organización de Blue Cross o Blue Shield para permitir el acceso a descuentos en el importe facturado por los Servicios Cubiertos específicos en virtud del programa BlueCard®, la cantidad permitida fuera de la red para los Servicios Cubiertos específicos que se le prestaron a usted puede basarse en el monto que la otra organización de Blue Cross o Blue Shield en la que se prestaron los Servicios le proporcione a Florida Blue, es decir, en el monto que esa organización pagaría por esos Servicios a proveedores fuera de la red en su área geográfica.

En ningún caso se permitirá que la cantidad permitida fuera de la red sea mayor al importe que el proveedor fuera de la red realmente cobra.

Si un Servicio Cubierto en particular no está disponible a través de un proveedor que participa en la red PPCSM, según lo determine Florida Blue, entonces la cantidad permitida fuera de la red, siempre que rija la sección 627.6471 de los Estatutos de Florida (Florida Statutes), implicará el cargo usual y habitual de proveedores similares en el área geográfica según lo determine Florida Blue.

Puede obtener un estimado de la cantidad permitida fuera de la red o la cantidad permitida dentro de la red para determinados servicios en particular, llamando a la línea gratuita de Atención al Cliente de Florida Blue, al 1-800-825-2583. El hecho de que Florida Blue o la DSGI le puedan proporcionar esa información no significa que el servicio en particular sea un Servicio Cubierto. Se implementarán todos los términos y condiciones incluidos en este Manual del Plan y Documento de beneficios. Consulte la sección 1 (Resumen de beneficios de la opción PPO Estándar), la sección 2 (Resumen de beneficios de la opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto), la sección 3 (Servicios cubiertos) y la sección 5 (Exclusiones), para obtener información más detallada sobre el Plan y los

montos de costos compartidos, servicios cubiertos y exclusiones del asegurado.

Tenga en cuenta que cada vez que utilice proveedores fuera de la red recibirá beneficios del nivel fuera de la red.

Consulte la sección 6 para obtener más información sobre la red PPCSM.

La cantidad permitida fuera de la red no consiste en los costos facturados por el proveedor y podría ser significativamente menor a dichos costos. El paciente es responsable del 100 % de la diferencia entre los costos facturados y la cantidad permitida fuera de la red, a menos que, de acuerdo con la ley vigente, el proveedor fuera de la red tenga la obligación de aceptar la cantidad permitida fuera de la red más los deducibles, copagos y coseguros correspondientes, como pago total en concepto de los Servicios y Suministros Cubiertos.

Sección 3: Servicios cubiertos

Categorías de servicios cubiertos

Acupuntura

Los servicios deben ser brindados por un Médico, un Médico osteópata, un quiropráctico certificado en Acupuntura, o un Acupunturista certificado.

Ambulancia

Los servicios de ambulancia por tierra deben ser médicamente necesarios para transportar a un paciente en las siguientes modalidades:

1. desde un hospital que no puede brindar atención al hospital más cercano que puede brindar el nivel de atención médicamente necesario;
2. desde un hospital a un hogar o al centro de enfermería especializada más cercano que puede brindar el nivel de atención médicamente necesario;
3. desde el lugar donde se produjo la afección médica de emergencia al hospital más cercano que puede brindar el nivel de atención médicamente necesario.

Los servicios de ambulancia por aire o en helicóptero o barco están cubiertos para transportar a un paciente desde el lugar donde se produjo la afección médica de emergencia al hospital más cercano que puede brindar el nivel de atención médicamente necesario, en los siguientes casos:

1. cuando no se pueda acceder al punto de recogida por tierra;
2. cuando es fundamental circular a una velocidad que supera la velocidad por tierra;
3. cuando la distancia que se debe recorrer por tierra no permite tratar al paciente de forma segura.

Trastorno del espectro autista y síndrome de Down

Se cubre el tratamiento del trastorno del espectro autista y el síndrome de Down, para una persona a la que se le diagnosticó una discapacidad del desarrollo a los 8 años o antes y es 1) menor de 18 años; o 2) mayor de 18 años y cursa la secundaria. La cobertura incluye exámenes de control infantil y neonatal para diagnosticar el trastorno del espectro autista y síndrome de Down, terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia y análisis de conducta aplicada. El análisis de conducta aplicada se cubre cuando es realizado por analistas de la conducta aplicada, psicólogos, trabajadores sociales clínicos y otros profesionales, dentro del alcance de sus licencias. La cobertura se limita al tratamiento indicado por el médico tratante, de acuerdo con un plan de tratamiento.

El Plan PPO cubre el trastorno del espectro autista y el síndrome de Down, de acuerdo con la sección 627.6686

de los Estatutos de Florida.

Labio leporino y paladar hendido

Se cubre el tratamiento para niños menores de 18 años, y este incluye el tratamiento médico y dental, la terapia del habla, y servicios de audiología y nutrición.

Estudios clínicos

El cuidado de rutina del paciente en relación con Servicios y Suministros Cubiertos asociados con su participación en un estudio clínico aprobado, incluido el Convenio de Estudios Clínicos de Florida (Florida Clinical Trial Compact), estará cubierto en los siguientes casos:

1. cuando usted sea considerado elegible para participar en dicho estudio clínico aprobado;
2. cuando un proveedor dentro de la red haya indicado que dicho estudio clínico aprobado es adecuado para usted;
3. cuando usted le brinde información médica y científica a Florida Blue que determine que su participación en dicho estudio clínico aprobado es adecuada.

El cuidado de rutina del paciente incluye todos los servicios y suministros médicamente necesarios que de otra forma estarían cubiertos por este Plan, como las visitas al médico, las medicinas recetadas, los análisis de laboratorio, radiografías y estudios de diagnóstico por imágenes, y estadías hospitalarias relacionadas con el tratamiento de su afección cubierta. Su parte de los costos será la misma que hubiese tenido que pagar por este cuidado de rutina, si dicho cuidado no se hubiese proporcionado en relación con un estudio clínico aprobado.

Anticonceptivos

Los servicios y suministros médicos relacionados con la anticoncepción se cubren a través del componente médico administrado por Florida Blue. Para conocer la cobertura de anticonceptivos recetados, consulte la sección del programa de medicinas recetadas.

Con respecto a los servicios preventivos para la mujer exclusivamente y en la medida exigida por la ley federal, la cobertura anticonceptiva se limita a al menos una forma de anticoncepción de cada uno de los dieciocho métodos identificados en la Guía de anticoncepción (Birth Control Guide) más actual de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y a productos genéricos, cuando estén disponibles. Otros anticonceptivos se podrán cubrir según la necesidad médica. El Plan pagará el 100 % de la cantidad permitida dentro de la red o el 100 % de la cantidad permitida fuera de la red.

Usted será responsable de la suma total que exceda la cantidad permitida fuera de la red.

Servicios de estética

Servicios de estética, incluido cualquier servicio para mejorar la apariencia o la autopercepción de una persona, en los siguientes casos:

1. si la apariencia es resultado de un accidente cubierto y la cirugía o tratamiento se lleva a cabo mientras la persona está cubierta por este Plan;
2. para corregir una anomalía congénita de un dependiente elegible, mientras el dependiente esté cubierto por este Plan;
3. si se trata de un procedimiento médicamente necesario para corregir una función orgánica anómala;
4. para reconstruir una parte del cuerpo que resultó afectada por el tratamiento de una enfermedad;
5. si se trata de una cirugía reconstructiva de las mamas y las prótesis relacionadas con una mastectomía;
6. para tratar la pérdida del cabello en relación con una afección médica cubierta o un trastorno inmunitario cubierto.

Una "mastectomía" consiste en la extracción de la totalidad o parte de la mama por motivos médicamente necesarios determinados por un médico. Una "cirugía de reconstrucción de la mama" consiste en una cirugía para restablecer la simetría entre las mamas.

Los servicios de estética que no están especificados en los párrafos 1-6 se excluyen como se indica en la sección 5: Exclusiones.

Dental

La atención dental se limita a lo siguiente:

1. Atención y tratamiento brindados dentro de los 120 días posteriores a una **lesión dental accidental**, a menos que se solicite una extensión y esta sea aprobada por escrito por Florida Blue, siempre que dichos servicios sean para tratar los daños de dientes naturales sanos. Los servicios se deben proporcionar dentro de los 120 días posteriores a la lesión dental accidental, a menos que el dentista o médico presente una explicación por escrito que indique que existen circunstancias atenuantes que hacen que se necesite el tratamiento más allá de dicho plazo, y se obtenga la aprobación por escrito de Florida Blue, dentro de los 120 días, por medio de la cual se considera que el servicio es médicamente necesario. En ningún caso se cubrirán servicios que no se brinden dentro de los 120 días posteriores a la finalización de la cobertura del paciente. La ortodoncia no se cubrirá nunca, independientemente de que sea necesaria como resultado de una lesión dental accidental. No se cubrirán servicios brindados

más de 120 días después de la finalización de la cobertura del paciente.

2. Costos de centros en concepto de servicios médicamente necesarios brindados en un hospital, centro de cirugías ambulatorias, centro de atención médica ambulatoria o centro de enfermería especializada. No se cubrirán los servicios de médicos (incluidos los dentistas generales o especializados y los cirujanos dentales) y servicios brindados por otros proveedores de tratamientos
3. Servicios de anestesia, incluida la anestesia general y los servicios de hospitalización, necesarios para garantizar la provisión segura de atención dental necesaria en un Hospital o centro de cirugías ambulatorias, en los siguientes casos:
 - a. si el dependiente cubierto es menor de 8 años y el dentista y el médico del Dependiente cubierto determinan lo siguiente:
 - i. que el tratamiento dental es necesario por una Afección dental que es significativamente compleja;
 - ii. que el dependiente cubierto tiene una discapacidad de desarrollo y el tratamiento del paciente en el consultorio dental demostró ser ineficaz;
 - b. si usted o su dependiente cubierto tienen una o más Afecciones médicas que crearían un riesgo médico importante o innecesario en el transcurso del suministro de cualquier tratamiento o cirugía dental necesaria, si no es provista en un Hospital o en un centro de cirugías ambulatorias.

Autocontrol del paciente ambulatorio con diabetes

Se cubrirán los servicios educativos y de capacitación para el autocontrol del paciente ambulatorio con diabetes y el asesoramiento nutricional (incluidos todos los equipos y suministros médicamente necesarios) para tratar la diabetes y la prediabetes, en caso de que su médico tratante o un médico especializado en el tratamiento de la diabetes certifique que dichos servicios son médicamente necesarios. Para que los servicios educativos y de capacitación para el autocontrol del paciente ambulatorio con diabetes se cubran, estos se deben brindar bajo la supervisión directa de un educador en diabetes certificado o un médico certificado por el consejo que se especializa en endocrinología. Además, para que el asesoramiento nutricional se cubra, debe ser proporcionado por un nutricionista con licencia. Los servicios cubiertos pueden incluir el recorte de las uñas del pie, callos y callosidades, y zapatos terapéuticos (incluidas las plantillas o modificaciones) para el tratamiento de la enfermedad del pie diabético grave.

Los equipos y suministros para la diabetes se cubrirán de acuerdo con los términos y condiciones de la

sección de cobertura de medicinas recetadas de este Manual del Plan y Documento de beneficios.

Medicinas y productos farmacéuticos

La parte médica del Plan cubrirá lo siguiente:

1. fármacos, medicinas, medicamentos, tratamientos o vacunas consumidos o administrados en el consultorio de un proveedor de atención médica cubierto u otro centro de atención médica hospitalario o ambulatorio cubierto;
2. fármacos, medicinas, suministros, tratamientos o medicamentos que se deben administrar bajo la supervisión directa de un proveedor de atención médica cubierto.

La parte médica del Plan no cubre fármacos, medicinas, suministros, medicamentos y tratamientos con las siguientes características:

1. que se surten con receta médica;
2. que se surten de forma gratuita para el asegurado;
3. que son de venta libre (ya sea fármacos, suministros o tratamientos);
4. que son inyectables y se autoadministran sin necesidad de contar con supervisión médica;
5. que son para llevar al hogar (ya sea fármacos, suministros o tratamientos) y son proporcionados por el proveedor de atención médica o pueden ser surtidos por una farmacia minorista o enviados por correo.

Equipos médicos duraderos

Los equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) incluyen, entre otras cosas, lo siguiente: sillas de ruedas, muletas, bastones, andadores, camas de hospital, unidades de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS), dispositivos de presión positiva continua en las vías respiratorias (continuous positive airway pressure, CPAP) y equipos de oxígeno. Es posible que se cubra la reparación o el reemplazo de DME debido al crecimiento de un niño o al cambio en su afección. Los suministros y servicios para la reparación de DME se cubrirán, únicamente, si usted es dueño del equipo o planea adquirirlo.

1. La cobertura se limita al modelo estándar, a menos que se determine que un modelo más avanzado es médicamente necesario.
2. La cobertura para la compra del equipo se limita a la cantidad permitida dentro de la Red o a la cantidad permitida fuera de la red menos las cantidades que el Plan ya pagó en concepto de alquiler.
3. La cobertura para el alquiler de DME no podrá exceder la cantidad permitida dentro de la red o la cantidad permitida fuera de la red para la compra

del equipo. Si usted continúa alquilando el equipo, este Plan no realizará pagos adicionales.

4. La cobertura de DME comprados después de haber sido alquilados se limitará a la cantidad permitida dentro de la red o la cantidad permitida fuera de la red, menos las cantidades que el Plan ya pagó en concepto de alquiler.
5. Cobertura de una bomba de extracción de leche por parto: 100 % de la cantidad permitida dentro de la red o 100 % de la cantidad permitida fuera de la red.

Fórmulas entéricas

Las fórmulas entéricas recetadas y no recetadas para el uso en el hogar tienen cobertura cuando son indicadas por un médico, según sea necesario para tratar enfermedades hereditarias de aminoácidos, ácido orgánico, carbohidratos o metabolismos de grasas así como también la malabsorción que se origina por defectos congénitos presentes en el nacimiento o adquiridos durante el período neonatal.

La cobertura para tratar enfermedades hereditarias de aminoácidos y ácido orgánico hasta los 25 años incluirá la cobertura de productos alimenticios con bajo contenido de proteínas.

Anteojos o lentes de contacto

La cobertura se limita al primer par de armazones estándares y lentes después de un accidente ocular o cirugía de cataratas.

Pruebas y tratamientos de fertilidad

Se cubren las pruebas para determinar la causa de la infertilidad y el tratamiento de afecciones médicas que ocasionan la infertilidad. No se cubrirán las pruebas y tratamientos de fertilidad que se considere que están en fase de investigación. Para obtener más información, consulte la sección de exclusiones.

Pruebas de audición

Se cubren las pruebas de audición tras una cirugía auditiva cubierta relacionada o cuando sean médicamente necesarias para diagnosticar una afección cubierta distinta de la pérdida auditiva. Las pruebas de audición para el suministro o la colocación de audífonos no están cubiertas. Es posible que los audífonos se cubran a través del cuidado preventivo.

Exámenes de diagnóstico de la pérdida auditiva para recién nacidos

Todos los recién nacidos en el estado de Florida serán examinados o derivados para su examinación, en caso de que el parto se haya producido en el hogar o en un centro de partos, para la detección de la posible pérdida auditiva. Los exámenes de diagnóstico auditivo

ordenados por su médico tratante incluirán respuestas cerebrales al estímulo auditivo, emisiones otoacústicas evocadas u otra tecnología apropiada aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Este Plan cubre estos servicios y las reevaluaciones de seguimiento médicamente necesarias que conduzcan al establecimiento de un diagnóstico. Los hospitales deben examinar a los recién nacidos para detectar la pérdida auditiva antes de darles el alta y sin exceder los 30 días posteriores al alta. Si su hijo nace en un centro de partos, este último deberá derivarlo dentro de los 30 días posteriores al alta para la realización de estos exámenes auditivos. Si su hijo nace en su hogar, el proveedor de atención médica interviniente deberá derivarlo dentro de los tres meses posteriores al nacimiento, para realizarle exámenes auditivos. Un audiólogo con licencia, médico, hospital u otro proveedor de exámenes de audición para recién nacidos puede llevar a cabo exámenes auditivos. Usted, como padre o tutor legal, puede objetar por escrito ante el proveedor de atención médica que asiste a su hijo y evitar que el niño se someta a estos exámenes auditivos.

Servicios de salud en el hogar

Los servicios incluyen, entre otras cosas, servicios de enfermería, tratamientos, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, equipos, medicamentos y suministros.

Los servicios deben satisfacer los siguientes criterios:

- Usted debe estar confinado a su hogar, con movimiento restringido, convaleciente o con actividad física significativamente limitada debido a una Afección.
- Los servicios deben ser brindados directamente por una agencia de salud en el hogar (o indirectamente a través de ella).
- Los servicios deben ser indicados por un médico e incluir un plan de tratamiento formal por escrito, que deberá ser revisado y actualizado cada 30 días por el dicho médico. Es posible que se exija una copia del plan de tratamiento por escrito.
- Usted debe cumplir o alcanzar los objetivos del tratamiento establecidos en el plan de tratamiento y esto se documentará en las notas de progreso clínico.

Servicios para pacientes terminales

Se cubre el tratamiento y asesoramiento de pacientes con enfermedades terminales cuyos médicos certificaron que les queda menos de seis meses de vida. Para que se cubran, los servicios para pacientes terminales se deben brindar a través de un programa aprobado para enfermos terminales. No se cubrirán los servicios para una persona que normalmente reside en el hogar de un paciente terminal o para un integrante

de su familia o de la familia de su cónyuge, a menos que Florida Blue lo haya aprobado previamente.

La cobertura incluye los siguientes servicios:

Cuidado en el hogar

1. Servicios de médicos;
2. fisioterapia y terapia respiratoria y ocupacional;
3. fármacos, medicinas y suministros médicos;
4. servicios de enfermería privada en una serie de turnos (por ejemplo, tres turnos de ocho horas);
5. Servicios de asistencia en el hogar;
6. alquiler de equipos médicos duraderos;
7. oxígeno.

Cuidado ambulatorio para pacientes terminales

1. Servicios de médicos;
2. análisis de laboratorio, radiografías y pruebas de diagnóstico;
3. los mismos servicios cubiertos que para el cuidado en el hogar De pacientes terminales.

Cuidado hospitalario para pacientes terminales

1. pensión completa y servicios de enfermería general, incluido el costo de las visitas nocturnas de integrantes de la familia cubiertos;
2. servicios de cuidado ambulatorio y Cuidado hospitalario;
3. los mismos servicios cubiertos que para el cuidado en el hogar y ambulatorio de Pacientes terminales.

Mientras esté en el programa para pacientes terminales, no se pagarán los beneficios regulares del Plan por los gastos relacionados con la enfermedad terminal.

Se puede solicitar el reembolso por el tratamiento para enfermos terminales. Con este fin, el programa para enfermos terminales presentará un plan de tratamiento de 90 días para el cuidado para pacientes terminales. Si Florida Blue lo aprueba, los pagos se realizarán cada 30 días, a medida que se completa el tratamiento. Se podrá presentar un segundo plan de tratamiento de 90 días si el paciente continúa bajo el cuidado para pacientes terminales. También se podrá presentar un plan de tratamiento adicional de 30 días, luego de finalizar dos planes de 90 días. Pasados los 210 días, no se pagarán beneficios adicionales.

La terapia ocupacional se cubre como componente del cuidado para pacientes terminales.

Mamografías

Las mamografías de diagnóstico se cubren de acuerdo con las recomendaciones A y B actuales de la Comisión

Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force) y la ley estatal.

Las mamografías médicamente necesarias (con fines de diagnóstico) se cubren en todas las edades. Las mamografías de diagnóstico se incluyen en el beneficio de servicios preventivos para adultos.

Servicios manipulativos

El pago de servicios manipulativos se limita a 26 tratamientos por año calendario.

Mastectomía y servicios reconstructivos

La cobertura incluye lo siguiente:

1. extracción de la totalidad o parte de la mama por necesidad médica;
2. reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
3. cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
4. Tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas;
5. Prótesis y sostén para mastectomías.

Atención de maternidad

La cobertura de la maternidad incluye estadías hospitalarias cubiertas para la madre. Los servicios relacionados con un recién nacido elegible solo se cubrirán si el niño es incorporado en la cobertura de la madre, de acuerdo con los lineamientos para la afiliación especificados en la sección 10. Si el recién nacido no es incorporado en la cobertura de acuerdo con los lineamientos especificados, el Plan PPO solo cubrirá la evaluación inicial del recién nacido, como se establece en la sección 627.6574 de los Estatutos de Florida.

Sobre la atención de maternidad: cobertura para madres y recién nacidos

De acuerdo con las leyes federales, los planes de salud grupal que ofrecen seguro de salud grupal, por lo general, no harán lo siguiente:

1. Limitar los beneficios de Duración de la estadía en el hospital en relación con el nacimiento de un niño para la madre o para el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural; o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el Plan pagará una estadía más corta si el proveedor interviniente (por ejemplo, el Médico, asistente de Partos o Auxiliar médico), luego de consultarlo con la madre, le da el alta a la madre o al recién nacido de forma anticipada.
2. Establecer el nivel de beneficios o costos de su bolsillo para que una de las últimas partes de la estadía de 48 o 96 horas se trate de forma menos

favorable para la madre o el recién nacido que las partes anteriores de la estadía.

3. Exigir que un Médico u otro proveedor de atención médica obtenga autorización para ordenar una estadía de hasta 48 o 96 horas. Sin embargo, para usar determinados proveedores o centros, o para reducir sus costos de bolsillo, es posible que deba obtener una certificación previa. Consulte la sección 7 o comuníquese con Florida Blue para obtener información sobre la certificación previa.

La cobertura para el cuidado de la madre y el recién nacido incluye la cobertura de evaluaciones posparto y del recién nacido, respectivamente. Para que dichos servicios sean cubiertos por el Plan, la atención debe ser brindada en un hospital, en el consultorio del médico, en un centro de maternidad ambulatorio, o en el hogar, por un profesional de atención médica calificado y capacitado en el cuidado de madres y recién nacidos. La cobertura de estos servicios incluye la cobertura de una evaluación física del recién nacido y la madre, la realización de pruebas médicamente necesarias y la vacunación, de acuerdo con los estándares médicos imperantes.

El apoyo para la lactancia o los servicios de lactancia se cubrirán en los siguientes casos:

1. cuando sean brindados por un médico, profesional de enfermería avanzado con la supervisión de un médico, especialista en lactancia certificado u otro proveedor de atención médica que actúe dentro del alcance de su licencia, en el consultorio médico;
2. en un entorno hospitalario o ambulatorio.

NOTA: Los servicios relacionados con un recién nacido elegible solo se cubrirán si el niño es incorporado en la cobertura de la madre, de acuerdo con los lineamientos para la afiliación especificados en la sección 10. Si el recién nacido no es incorporado en la cobertura de acuerdo con los lineamientos especificados, el Plan PPO solo cubrirá la evaluación inicial del recién nacido, como se establece en la sección 627.6574 de los Estatutos de Florida.

Servicios de salud mental y dependencia de sustancias

Las visitas al consultorio del médico, el tratamiento intensivo ambulatorio, la hospitalización parcial y total, y los servicios de tratamiento residencial se cubrirán según la necesidad médica.

Servicios de enfermería

Los servicios de enfermería, incluidos los servicios privados para pacientes hospitalizados por parte de un profesional de enfermería registrado o practicante de enfermería están cubiertos.

Terapia ocupacional

Los servicios de terapia ocupacional se cubren en casos de afecciones que se producen como resultado de enfermedades, lesiones o deficiencias físicas o mentales. La cobertura y el pago de la terapia ocupacional no podrá exceder los 21 días de tratamiento durante un período de seis meses, contando hacia atrás desde la fecha de cada tratamiento. Este máximo rige sobre todos los tratamientos ambulatorios de terapia ocupacional, independientemente de la ubicación o el servicio. Los servicios de terapia ocupacional deben ser brindados por un profesional de la salud que cuente con una licencia que lo habilite para brindar dichos servicios. También se cubre la terapia ocupacional para el tratamiento del trastorno del espectro autista y el síndrome de Down, tanto bajo los servicios de atención médica en el hogar como bajo los servicios para enfermos terminales.

Fisioterapia y terapia con masajes

Los servicios de fisioterapia deben perseguir el objetivo de ayudar a rehabilitar la función física normal que se perdió debido a un accidente, lesión o procedimiento quirúrgico cubierto. La fisioterapia también se cubre para el tratamiento del trastorno del espectro autista y síndrome de Down.

El pago por fisioterapia y terapia con masajes se limita a un máximo combinado de 4 tratamientos por día, sin exceder los 21 tratamientos durante un período de seis meses, que se contará hacia atrás a partir de la fecha de cada tratamiento. Este máximo rige sobre todos los tratamientos ambulatorios de fisioterapia y terapia con masajes, independientemente de la ubicación o el servicio.

Para recibir terapia con masajes se necesita una orden de un médico, profesional de enfermería avanzado o fisioterapeuta que señale la necesidad médica y especifique la cantidad de tratamientos necesarios, sin exceder el máximo de fisioterapia y terapia con masajes indicado anteriormente. La terapia con masajes puede ser proporcionada por un médico, quiropráctico, fisioterapeuta o masajista con licencia. La fisioterapia puede ser proporcionada por un médico, quiropráctico o fisioterapeuta con licencia.

Servicios médicos

Se cubrirán las visitas al consultorio médico para recibir servicios relacionados con una enfermedad, lesión u accidente o para recibir cuidados preventivos.

1. Existen límites especiales en cuanto al modo en que este Plan cubrirá las Visitas al médico.
 - a. Cuando esté recibiendo atención médica en relación con una cirugía, solo se cubrirán las visitas hospitalarias adicionales de su Médico en los siguientes casos:

- i. Si necesita atención médica no relacionada con su cirugía, que no forma parte del cuidado previo o posterior a la cirugía.
 - ii. Si es hospitalizado para recibir atención médica y la necesidad de someterse a una cirugía surge después de que ingresa al Hospital. En este caso, el pago por las visitas al Médico para recibir otro tipo de cuidado médico, por lo general, finalizará en la fecha de la cirugía.
- b. Las visitas hospitalarias del médico Por motivos no quirúrgicos se limitan a una visita por un médico por día. Es posible que se cubran las visitas de otros Médicos, en caso de que sean necesarias debido a la gravedad o complejidad de su Afección.
 - c. Las visitas hospitalarias o ambulatorias a un Médico por una Afección no quirúrgica o Afecciones relacionadas se limitan a una visita por día.
 - d. No se cubrirán las visitas Ambulatorias al médico en el mismo día en que tiene una cirugía hospitalaria, a menos que la visita ambulatoria no esté relacionada con su cirugía o sea con un Médico que no realizará su cirugía.
2. Las visitas ambulatorias al consultorio en el mismo día que se someterá a una cirugía ambulatoria no se cubrirán, en caso de que Florida Blue haya determinado que el costo de la visita al consultorio está incluido en el costo de la cirugía. Se cubrirá una visita al consultorio de un Médico que no realizará su cirugía, siempre que los servicios prestados sean servicios cubiertos, según se describe en esta sección.

Servicios de cuidado preventivo

Para ser elegibles para la cobertura, todos los servicios deben ser para el cuidado preventivo de rutina y no para establecer un diagnóstico médico. Las vacunas solo se cubren dentro de las disposiciones establecidas a continuación o cuando sean médicamente necesarias, como resultado de un accidente o lesión.

Si usa un proveedor de la red, el Plan pagará el 100 % de la cantidad permitida y usted no tendrá gastos de su bolsillo por las vacunaciones y servicios elegibles. Si usa un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 100 % de la cantidad permitida fuera de la red, y usted será responsable de la suma total que exceda la cantidad permitida fuera de la red. Usted será responsable de los costos por servicios y vacunaciones que excedan los costos cubiertos por esta disposición.

Cuidado preventivo para adultos y niños

El cuidado preventivo de la salud (incluidas las mamografías de diagnóstico) y los beneficios de vacunación para todos los asegurados cubiertos se basarán en la edad y el sexo, de acuerdo con las recomendaciones actuales de grado A y B de la Comisión Especial de Servicios Preventivos de los

Estados Unidos y según lo establecido por la Ley de Protección del Paciente y Cuidado Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act) y los lineamientos de pólizas médicas establecidos por Florida Blue para los servicios preventivos. La evaluación del riesgo de caídas para adultos mayores se incluye en un examen de bienestar para el cuidado preventivo o en la visita de evaluación y control (evaluation and management, E&M). Puede consultar información sobre vacunaciones cubiertas y servicios de cuidado preventivo en

www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations, www.cdc.gov/vaccines/acip, and www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits.

Los servicios cubiertos de cuidado preventivo no están sujetos a una tarifa por visita (Per Visit Fee, PVF) o a un deducible por año calendario (calendar year deductible, CYD). Las mamografías médicas o de diagnóstico no se incluyen en el beneficio de cuidado preventivo.

Servicios preventivos para la mujer adicionales: en la medida en que la ley federal lo exija, se cubrirán los siguientes servicios para todas las mujeres afiliadas: examen del virus del papiloma humano (HPV); asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y examen del virus de inmunodeficiencia humana (VIH); evaluación y asesoramiento sobre violencia doméstica e interpersonal; examen de diabetes gestacional; apoyo, suministros (se limita a una bomba de extracción de leche por parto) y asesoramiento para la lactancia; visitas anuales de control de la salud de la mujer que incluyen cuidado prenatal; asesoramiento sobre anticoncepción y, al menos, una forma de anticoncepción de cada uno de los dieciocho métodos identificados en la Guía de anticoncepción más actual de la FDA y limitada a productos genéricos, cuando estén disponibles. Otros anticonceptivos se podrán cubrir según la necesidad médica. Para los servicios preventivos para la mujer ampliados, el Plan pagará el 100 % de la cantidad permitida dentro de la red o el 100 % de la cantidad permitida fuera de la red. Usted será responsable de la suma total que exceda la cantidad permitida fuera de la red.

Se cubrirá la evaluación por consumo de tabaco y el asesoramiento y las medicinas para dejar de fumar, incluidas las medicinas recetadas y de venta libre indicadas por un proveedor de atención médica y con una calificación A o B asignada por la Comisión Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

Prótesis

Las extremidades u ojos artificiales se cubrirán, pero se limitarán a la primera prótesis permanente. La cobertura se limita al modelo estándar, a menos que se determine que un modelo más avanzado es médicamente

necesario. Se podrá cubrir el reemplazo médicamente necesario de una prótesis que sea de su propiedad, debido a un daño irreparable, desgaste, o al cambio en su condición, o debido al crecimiento del niño.

Centro de enfermería especializada

Los servicios en centros de enfermería especializada están limitados a 60 días por año calendario. El paciente debe satisfacer los siguientes criterios:

1. debe ser transferido directamente desde su Hhospitalización de al menos tres días;
2. debe necesitar atención especializada para una Afección que fue tratada en el Hospital, de acuerdo con la certificación de un Médico.

Procedimientos quirúrgicos

1. Cirugía de reducción mamaria para mujeres
El pago por una mamoplastia de reducción, es decir, por una cirugía para reducir el tamaño de la mama y la piel que la recubre, no se cubrirá a menos que la paciente esté sufriendo la totalidad de los siguientes problemas físicos:
 - a. dolor lumbar o de cuello que requiere tratamientos reiterados;
 - b. surcos profundos en el hombro provocados por los breteles del sostén;
 - c. dermatitis que requiere tratamiento a largo plazo con medicinas recetadas.

Además de los síntomas físicos enumerados, la cantidad de tejido extraído de cada mama, de acuerdo con el informe patológico, debe ser, como mínimo, la siguiente:

- a. 400 gramos para pacientes que miden 5'2" (1.57 m) de alto y pesan 110 libras (49.9 kg) o menos;
- b. 500 gramos para pacientes que miden más de 5'2" (1.57 m) de alto y pesan 111 libras (50.3 kg) o más;

Si se deben extraer menos gramos de tejido de cada mama, se podrán pagar los beneficios en los siguientes casos:

- a. si su Médico envía una solicitud por escrito a Florida Blue para obtener una aprobación antes de llevar a cabo la cirugía, en la que se especifiquen los problemas físicos y se calcule la cantidad de tejido que se extraerá;
 - b. si su Médico registra el motivo médico por el cual la cantidad de tejido real fue menor a la establecida en los lineamientos;
 - c. si Florida Blue recomienda la aprobación;
 - d. si la DSGI aprueba una cantidad menor.
2. Esterilización quirúrgica
Se cubren ligaduras de trompas y vasectomías, ya

sea por elección o por necesidad médica.

3. Lineamientos para el reembolso de procedimientos quirúrgicos múltiples:
Si se realiza más de un procedimiento quirúrgico al mismo tiempo, se cubrirá el procedimiento principal según el nivel de beneficio habitual para el tipo de proveedor, es decir, según el porcentaje de pago para proveedores dentro o fuera de la red. Con respecto al procedimiento secundario, este Plan pagará la menor de las siguientes sumas:
 - a. el 50 % de la cantidad permitida dentro de la red para el cuidado dentro de la red, o el 50 % de la cantidad permitida fuera de la red para el cuidado fuera de la red;
 - b. el 100 % de la Tarifa del médico.

Este Plan no pagará beneficios por procedimientos incidentales realizados a través de la misma incisión que el procedimiento quirúrgico primario.

Trasplantes

Para que se cubran, todos los trasplantes de órganos requieren la aprobación previa de Florida Blue, excepto para trasplantes de riñones o córneas. Los siguientes trasplantes se cubrirán si se obtiene aprobación previa (excepto para trasplantes de riñones o córneas):

1. médula ósea (los costos del donante se cubrirán de la misma forma, incluidas las limitaciones y los servicios no cubiertos, como costos de la persona cubierta; los costos de la búsqueda de donantes se limitan a familiares directos y el Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea [National Bone Marrow Donor Program]);
2. corazón;
3. corazón y pulmón;
4. pulmón;
5. hígado;
6. riñón;
7. riñón/páncreas;
8. córnea.

Servicios para la pérdida de peso

En caso de que su cirujano necesite que usted pierda peso para que se pueda someter de manera segura a un procedimiento quirúrgico cubierto y médicamente necesario, se cubrirán las visitas al consultorio y los servicios no quirúrgicos para la pérdida de peso.

1. cirugía intestinal médicamente necesaria, cirugía de bypass estomacal o cirugía bariátrica;
2. servicios relacionados en términos médicos, a excepción de las medicinas recetadas, proporcionados como parte de un programa para la pérdida de peso, cuando el cirujano le exige que

pierda peso para poder realizar un procedimiento quirúrgico cubierto y médicamente necesario cubierto. La cobertura de estos servicios no quirúrgicos para la pérdida de peso se limita a un pago máximo de \$150 por persona en un período de 12 meses.

Pelucas

Las pelucas se cubrirán cuando la quimioterapia, radioterapia o cirugía craneal provoque la pérdida del cabello. La cobertura se limita a un pago máximo de \$40 por una peluca y colocación en los 12 meses posteriores al tratamiento o cirugía.

Sección 4: Limitaciones para afecciones preexistentes

Este Plan no tiene una disposición de limitaciones para afecciones preexistentes

Sección 5: Exclusiones

Los siguientes servicios y suministros se excluyen de la cobertura de este Plan, a menos que exista una excepción específica. Las excepciones pueden estar sujetas a determinadas limitaciones de cobertura.

Abortos por elección, realizados en cualquier momento del embarazo.

Arcos ortopédicos, plantillas diseñadas para provocar cambios conformacionales en el pie o su alineación; calzado ortopédico; calzado de venta libre o fabricado a medida; calzado ortopédico removible; zapatillas o bota ortopédica, excepto si el calzado está sostenido por una bota; para el diagnóstico, a menos que sea necesario para el tratamiento de la enfermedad de pie diabético grave, de acuerdo con la sección 627.6408 de los Estatutos de Florida.

Autopsia o servicios post mortem.

Polvos, químicos y bases patentadas por mayor utilizadas en medicamentos compuestos, y productos de venta libre utilizados en medicamentos compuestos.

Rehabilitación cardíaca

Estudios clínicos

1. Costos que por lo general están cubiertos en el estudio clínico, que incluyen entre otras cosas, lo siguiente:
 - a. Los costos de la investigación relacionados con la realización del estudio clínico, como el tiempo del médico y el personal de enfermería de la investigación, el análisis de los resultados y los exámenes médicos realizados únicamente para los propósitos de la investigación.
 - b. El elemento, dispositivo o servicio de investigación.
 - c. Servicios que no cumplen con los estándares de cuidado ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico en particular.
2. Servicios relacionados con un estudio clínico aprobado recibido fuera de los Estados Unidos.
3. Tratamientos, servicios y suministros experimentales o en fase de investigación.

Medicina complementaria o alternativa que incluye, entre otras cosas, lo siguiente: una capacitación de autocuidado o autoayuda; medicina homeopática y asesoramiento; medicina ayurvédica como modificaciones en el estilo de vida y terapias de purificación; medicina oriental tradicional que incluye la medicina naturopática; la medicina ambiental que incluye el campo de la ecología clínica; terapia de quelación; termografía; interacciones cuerpo-mente como la

meditación, ensoñación, yoga, baile y arteterapia; retroalimentación biológica; oración y sanación mental; expansión mental o psicoterapia electiva, como la terapia Gestalt, el análisis transaccional, la meditación trascendental, la terapia Zen y la capacitación del seminario Erhard; aromaterapia; métodos de sanación manual como la técnica de Alexander, masaje ayurvédico, balanceo craneosacral, método Feldenkrais, método Hellerwork, terapia de la polaridad, terapia Reichiana, reflexología, terapia rolfing, shiatsu, masaje tradicional chino, terapia Trager, mioterapia con puntos gatillo y terapéutica del biocampo; Reiki, terapia SHEN y toque terapéutico; aplicaciones bioelectromagnéticas en medicina y terapias herbales.

Complicaciones como resultado de servicios no cubiertos, incluidos los servicios para diagnosticar o tratar una afección que no se hubiese producido si no hubiese recibido un servicio no cubierto, como el tratamiento de la complicación de una cirugía estética (por ejemplo, el drenaje de un implante o la contractura capsular tras un aumento de mama estético no relacionado con una cirugía de reconstrucción por cáncer de mama que requiere la extracción, reparación o reemplazo del implante; o la reparación de anomalías funcionales o estéticas como resultado de complicaciones de una cirugía estética).

Mejoras estéticas en extremidades artificiales

Servicios de estética, incluidos aquellos para mejorar la apariencia o autopercepción de una persona. Solo se cubrirán en las circunstancias limitadas que se especifican en la Sección 3: Servicios cubiertos. Los demás servicios estéticos quedan excluidos de este Plan; entre ellos se incluye, de forma enunciativa pero no limitativa, lo siguiente: cirugías y procedimientos estéticos, medicinas recetadas o suministros para corregir la calvicie/caída del cabello o arrugas faciales (por ejemplo, Minoxidil, Rogaine, Retin-A), e implantes o trasplantes de cabello.

Costos relacionados con consultas telefónicas, el incumplimiento de una cita programada, la no cancelación de una cita de forma oportuna, y la presentación de formularios o información médica.

Cuidado asistencial, que incluye, entre otras cosas, la asistencia con las actividades de la vida cotidiana. Consulte la sección 15 para acceder a una definición de cuidado asistencial.

Servicios y suministros dentales, excepto aquellos identificados como cubiertos en la sección 3: Servicios cubiertos.

Medicinas y productos farmacéuticos

La parte médica del Plan no cubre fármacos, medicinas, suministros, medicamentos y tratamientos con las siguientes características:

1. que se surten con receta médica;
2. que se surten de forma gratuita para el asegurado;
3. que son de venta libre (ya sea fármacos, suministros o tratamientos);
4. que son inyectables y se autoadministran sin necesidad de contar con supervisión médica;
5. que son para llevar al hogar (ya sea fármacos, suministros o tratamientos) y son proporcionados por el proveedor de atención médica o pueden ser surtidos por una farmacia minorista o enviados por correo.

Medicina electrónica, que incluye, entre otras cosas, evaluaciones médicas en línea, visitas electrónicas, consultas electrónicas y otros servicios brindados remotamente a los pacientes a través de Internet.

Educación o capacitación, a excepción de la capacitación para el autocontrol ambulatorio de la diabetes, y servicios educativos de acuerdo con la sección 627.6408 de los Estatutos de Florida.

Terapia educativa

Electrólisis

Programas de ejercicios, incluidos los programas de ejercicios para la rehabilitación cardíaca o las visitas con el fin de hacer ejercicio en bicicletas con ergómetros, cintas para caminar u otros equipos. Estos programas o visitas están excluidos, incluso si el objetivo es determinar la viabilidad de un programa de ejercicios.

Servicios experimentales o en fase de investigación, y medicinas recetadas y procedimientos experimentales, según lo determine Florida Blue, CVS Caremark y la DSGI, o servicios, medicinas recetadas y procedimientos que no cumplen los estándares médicos y profesionales generalmente aceptados, incluidas las complicaciones que se desprenden de estos servicios no cubiertos y los servicios relacionados, tales como anestesiología, análisis de laboratorio, patología y radiología.

Alimentos, productos alimenticios médicos o sustitutos, independientemente de que estos productos sean la única fuente de nutrición, sustitutos alimenticios o vitaminas, a excepción de determinados productos alimenticios de fórmulas entéricas, según la sección 627.42395 de los Estatutos de Florida; suplementos dietarios, nutricionales o herbales; medicinas sin etiquetas de advertencia federal o medicinas de venta libre.

Pruebas y tratamientos de fertilidad con el fin específico de ayudar a lograr el embarazo, incluida

la fertilización in-vitro, la inseminación artificial, la punción folicular para la extracción de ovocitos, la aspiración abdominal o endoscópica de óvulos de los ovarios, los demás procedimientos relacionados con la extracción, colocación o almacenamiento de ovocitos, óvulos, embriones, óvulos fecundados o colocación o transferencia de embriones, transferencia intrafalopiana de gametos, técnicas criogénicas u otras técnicas de preservación utilizadas en dichos procedimientos o en procedimientos similares.

Pruebas genéticas para determinar quién es el padre o conocer el sexo de un niño.

Audífonos o la examinación, incluidas las pruebas de audición, para recetar o colocar audífonos. Se cubrirán las pruebas de audición asociadas con una cirugía de oído cubierta, de acuerdo con los beneficios de cuidado preventivo para niños y adultos, o para diagnosticar una afección cubierta.

Servicios de salud en el hogar

1. servicios de ama de casa o empleada doméstica;
2. servicios de cuidador o acompañante;
3. servicios que brinda un empleado u operador de un establecimiento institucional u hogar de acogida para adultos, un centro diurno de salud para adultos o un asilo;
4. terapia del habla con el fin de diagnosticar un retraso del desarrollo;
5. cuidado asistencial;
6. alimentos, vivienda y envíos de comida al hogar;
7. servicios prestados por un hospital, asilo o centro de cuidados intermedios;
8. servicios de asistencia médica en el hogar, enfermería o asistencia de enfermería.

Hormonas de crecimiento humano para el diagnóstico o tratamiento de la talla baja idiopática.

Vacunaciones y exámenes físicos, cuando se exija para viajar o para la escuela, el empleo, el seguro o licencias gubernamentales, excepto (1) cuando las vacunas o exámenes físicos están dentro del alcance de los beneficios de cuidado preventivo para niños y adultos o coinciden con ellos, o (2) cuando las vacunas son necesarias como resultado o de un accidente.

Asesoramiento matrimonial

Servicios de salud mental y dependencia de sustancias

1. servicios para pruebas psicológicas asociados con la evaluación y el diagnóstico de discapacidades de aprendizaje o intelectuales;
2. servicios más allá del período necesario para la

- evaluación y el diagnóstico de las discapacidades de aprendizaje o intelectuales;
- 3. servicios de orientación prematrimonial;
- 4. servicios de pruebas o cuidados ordenados por un tribunal, o requeridos como condición para una libertad condicional;
- 5. servicios para pruebas de aptitud, habilidad, inteligencia o interés;
- 6. servicios obligatorios para conservar el empleo;
- 7. servicios de recuperación cognitiva;
- 8. estadías en el hospital que tienen la intención principal de generar un cambio de ambiente.

Retraso mental incluidos todos los servicios relacionados con el tratamiento del retraso mental.

Servicios y suministros de asilo, proporcionados por una institución que se utiliza principalmente como asilo o centro de descanso para el cuidado y tratamiento de las personas mayores.

Ortodoncia, aun si es médicamente necesaria como resultado de una lesión dental accidental.

Ortótica o terapia de la visión

Dispositivos ortópticos, ya sean de venta libre o fabricados a medida, accesorios o dispositivos que enderezan o dan forma a la cabeza o los huesos del cráneo, a través del remodelado craneal (por ejemplo, craneoplastia con malla dinámica o cascos de remodelado craneal), excepto cuando dichos dispositivos se utilicen para estabilizar el cráneo de un bebé, después de una cirugía para la craneosinostosis.

Supervisión de un laboratorio médico realizado por un médico u otro proveedor de atención médica. El término "supervisión", tal como se utiliza en esta exclusión, incluye, entre otras cosas, la supervisión de lo siguiente:

1. el laboratorio, para asegurar la puntualidad, confiabilidad o utilidad de los resultados de la prueba;
2. la calibración de las máquinas de laboratorio o la prueba del equipo de laboratorio;
3. la preparación, revisión o actualización de cualquier protocolo o procedimiento creado o revisado por un médico u otro proveedor de atención médica relacionado con el funcionamiento del laboratorio;
4. el equipo o el personal del laboratorio, por cualquier motivo.

Prótesis de pene incluida la inserción, excepto cuando es necesario para el tratamiento de la impotencia orgánica que se produce como resultado de lo siguiente:

1. diabetes mellitus;
2. neuropatía periférica;

3. causas endócrinas de la impotencia;
4. arteriosclerosis osimpatectomía bilateral posquirúrgica;
5. lesión de médula espinal;
6. lesión pélvica perineal;
7. posteriormente a una prostatectomía;
8. posteriormente a un priapismo;
9. epispadias y extrofia.

Comodidad, higiene o artículos personales que incluyen, entre otras cosas:

1. servicios de belleza y peluquería;
2. vestimenta y medias de soporte;
3. radio y televisión;
4. comidas y alojamiento para visitas;
5. costos telefónicos;
6. suministros para llevar al hogar;
7. gastos de viaje (distintos de los servicios de ambulancia médicamente necesarios);
8. motel, hotel u otros alojamientos o viviendas, incluso si son recomendados, indicados o aprobados por un médico u otro proveedor de servicios o si este los considera médicamente necesarios, pero no tienen como objetivo principal la prestación de servicios médicos o tratamiento, aunque pudieran facilitar la recepción de tratamientos médicos, incluida la vivienda obtenida o proporcionada con la ayuda de un centro médico;
9. equipos cuyo objetivo principal es su comodidad o practicidad, o la comodidad de su familia o cuidadores; modificaciones a vehículos motorizados u hogares, como elevadores para sillas de ruedas o rampas; scooters eléctricos; dispositivos de hidroterapia como bañeras para hidromasajes, piscinas de natación y piscinas de exterior; membresías en gimnasios; equipos para hacer ejercicios, masajes o para mejorar la aptitud física; audífonos; acondicionadores o purificadores de aire; electrodomésticos; filtros de aire; humidificadores; descalcificadores o purificadores de agua; almohadas, colchones y camas de agua; escaleras eléctricas, ascensores, elevadores, salvaescaleras; equipos de alerta en caso de emergencia; equipos para medir la tensión arterial; barandas y barras de agarre; electrodomésticos y deshumidificadores con calor; aspiradoras u otros equipos y dispositivos similares utilizados para el control ambiental o para mejorar un ambiente;
10. almohadillas térmicas, botellas de agua caliente o bolsas de hielo;
11. masajes, a excepción de lo descrito en la sección 3.
12. Además de lo que antecede, se excluyen otros

servicios que no se utilizan directamente para brindar tratamiento.

Cuidado preventivo, a excepción de los servicios cubiertos como parte de los beneficios de cuidado preventivo para niños o adultos descritos en la sección 3.

Terapia recreativa, que incluye, entre otras cosas, los servicios de tratamiento y actividades recreativas que emplean una variedad de técnicas tales como arte y artesanías, uso de animales, equinos, deportes, juegos, danzas y movimiento, teatro, música y salidas comunitarias.

Servicios y suministros de refracción, incluidos los servicios para tratar o diagnosticar defectos refractivos, como anteojos, lentes de contacto o los exámenes para recetar o ajustar anteojos o lentes de contacto (a excepción de una examinación visual anual cubierta por los servicios preventivos para niños o adultos), a menos que sea necesario por un accidente o cirugía de cataratas. Este Plan solo cubrirá el primer par de armazones estándares y lentes para anteojos o lentes de contacto, tras un accidente visual o cirugía de cataratas.

Reversión de procedimientos voluntarios de esterilización quirúrgica, incluida la reversión de la ligadura de trompas y la vasectomía.

Reasignación sexual o servicios o suministros para el cambio de sexo, que incluyen, entre otras cosas, los servicios de atención médica relacionados con dicho tratamiento, como los servicios necesarios para tratar desviaciones y trastornos sexuales, disfunción psicosexual o servicios o suministros proporcionados en relación con la cirugía asociada al hermafroditismo.

Servicios y suministros de centros de enfermería especializada, proporcionados por un centro de enfermería especializada, en relación con lo siguiente:

1. cuidado asistencial, que incluye, entre otras cosas, la asistencia con las actividades de la vida cotidiana;
2. alcoholismo, drogadicción o trastornos mentales o nerviosos;
3. la comodidad de la persona cubierta o la familia de la persona cubierta.

Terapia del sueño

Terapia o evaluaciones del habla, a excepción del tratamiento para el labio leporino y el paladar hendido para menores de 18 años, y el tratamiento del trastorno del espectro autista y el síndrome de Down.

Consultas telefónicas

Servicios o suministros para prótesis testiculares.

Programas para dejar de consumir tabaco, incluidos los servicios o suministros para eliminar o reducir la

dependencia o adicción al tabaco, a excepción de los especificados como cubiertos en la sección 3: Servicios cubiertos.

Gastos por viajes, vacaciones o repatriación, aun si fueron recetados o indicados por un médico.

Terapia vocal

Servicios para perder peso, incluidos todos los servicios, suministros y medicinas recetadas relacionados con la obesidad, a excepción de los que se cubren de acuerdo con la sección 3: Servicios cubiertos.

Pelucas y gastos en concepto de pelucas, a menos que la caída del cabello sea provocada por quimioterapia, radioterapia o cirugía craneal. En esos casos, la cobertura de pelucas se limita a un pago máximo de \$40 por una peluca y colocación en los 12 meses posteriores al tratamiento o cirugía.

Existen otras exclusiones que incluyen, entre otras cosas, lo siguiente:

1. Servicios y suministros para diagnosticar o tratar una afección que, directa o indirectamente, surja como consecuencia de lo siguiente o esté relacionada con lo siguiente:
 - a. guerra o acto bélico, declarado o no, mientras está desempeñando funciones militares, navales o del servicio aéreo;
 - b. la participación de la persona cubierta en un delito punible, como un crimen o una acción ilegal.
2. Servicios, suministros o tratamientos brindados sin costo.
3. Servicios o suministros, y todos los servicios relacionados que no son médicamente necesarios, según lo determina el personal clínico de Florida Blue o CVS Caremark y la DSGI.
4. Servicios, suministros, cuidados o tratamientos brindados por las siguientes personas:
 - a. una persona que por lo general vive en el hogar de la persona cubierta;
 - b. una persona o centro no cubierto según este Manual del Plan y Documento de beneficios.
5. Servicios para cualquier afección, dolencia o lesión ocupacional que se produzca durante el empleo a través de cualquier empleador. La persona cubierta no será elegible para obtener los beneficios de este Plan, incluso si renuncia a sus derechos a obtener los beneficios o servicios mencionados anteriormente.
6. Servicios proporcionados a una persona cubierta, de acuerdo con las leyes de los Estados Unidos o cualquier subdivisión estatal o política. La persona cubierta no será elegible para obtener los beneficios de este Plan, incluso si renuncia a

sus derechos a obtener los beneficios o servicios mencionados anteriormente.

7. Servicios de un proveedor cubierto que no son específicos del paciente. Tales servicios no específicos del paciente incluyen, entre otras cosas, la supervisión de un laboratorio médico para garantizar la puntualidad, fiabilidad o utilidad de los resultados de pruebas, o la supervisión de la calibración de las máquinas de laboratorio, los equipos de prueba o los técnicos de laboratorio.
8. Todo servicio de cuidado de la salud recibido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de usted o su dependiente, o después de la fecha en que su cobertura o la de su dependiente finaliza.
9. Reclamaciones de servicios que fueron presentados ante Florida Blue o CVS Caremark para el pago, más de 16 meses después de la fecha en que se recibieron los servicios, medicinas recetadas o suministros.
10. Los contratos que usted o su dependiente cubierto celebren con un proveedor de la red, para obtener precios especiales por servicios acelerados, pueden anular el contrato del proveedor de la red con Florida Blue para aceptar una cantidad permitida dentro de la red, así como su parte del costo como pago total, y generarle gastos de bolsillo adicionales.
11. Servicios prestados por cualquier proveedor, que estén fuera del alcance de la licencia o certificación de dicho proveedor.

Sección 6: Acerca de la red de proveedores

Red Preferred Patient CareSM (PPCSM)

La red Preferred Patient CareSM (PPCSM) de Blue Cross and Blue Shield of Florida es la red de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de este Plan. La red PPCSM incluye un amplio rango de hospitales, médicos independientes y otros proveedores de atención médica de otras especialidades que incluyen, entre otras cosas, medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría.

Florida Blue, como administrador de la red PPCSM, evalúa las credenciales de proveedores para la membresía en la red PPCSM. La responsabilidad de seleccionar los proveedores y centros que conforman la red y de abordar inquietudes y problemas relacionados con proveedores de la red corresponde a Florida Blue, como administrador de la red PPCSM. En términos contractuales, la DSGI no tiene autoridad sobre el desarrollo y la conformación de la red PPCSM.

Florida Blue negocia acuerdos contractuales con los proveedores de la red PPCSM, para brindar servicios de atención médica a los participantes del Plan a precios reducidos. Los proveedores de la red PPCSM han acordado aceptar esas tarifas negociadas como pago por los servicios cubiertos.

Usted es responsable de los copagos vigentes o de un porcentaje de la cantidad permitida dentro de la red en concepto de coseguro. El proveedor de la red no puede cobrarle la diferencia entre sus tarifas reales y la cantidad permitida dentro de la red para el servicio (esto se denomina cobro de diferencias).

Cómo usar la red PPCSM

Como miembro de este Plan, puede hallar proveedores que participan en la red PPCSM, de las siguientes maneras:

- llamando a la línea gratuita de Atención al cliente de Florida Blue, al (800) 825-2583;
- iniciando sesión en los sitios web de Florida Blue, www.floridablue.com/state-employees o www.floridablue.com;
- preguntándoles a los profesionales de atención médica de su elección si participan en la red PPCSM.

Dado que la red PPCSM es amplia, es posible que descubra que los profesionales médicos a los que visita forman parte de la red. Sin embargo, siempre es recomendable confirmar que el proveedor continúa participando en la red. La condición de proveedor de la red puede cambiar en cualquier momento, sin aviso.

Cuando realice una consulta para recibir tratamiento, tenga siempre a mano su tarjeta de identificación de

Florida Blue. Su tarjeta ayudará al proveedor a confirmar que usted es elegible y cuenta con la cobertura, y también le asegurará que sus trámites de reclamación se realizarán de forma adecuada.

Proveedores fuera de la red en la red Tradicional

Si recibirá servicios de un proveedor fuera de la red, intente elegir un proveedor fuera de la red que participe en la red Tradicional de Florida Blue.

Florida Blue tiene contratos con proveedores de todo el estado, incluidos médicos, hospitales y otros especialistas de atención médica, que no participan en la red PPCSM, pero han aceptado cobrar una suma dentro del límite negociado, que no supera la cantidad permitida fuera de la red. Estos proveedores se suelen denominar "proveedores del Programa Tradicional" e incluyen a aquellos con pago por servicios profesionales (Payment for Professional Services, PPS) y pago por servicios hospitalarios (Payment for Hospital Services, PHS). Puede determinar si un proveedor pertenece al Programa Tradicional preguntándole al proveedor o llamando a la línea gratuita de Atención al cliente de Florida Blue, al (800) 825-2583.

Dado que los proveedores de la red Tradicional son proveedores fuera de la red o no participantes, cuando visite a un proveedor de la red Tradicional, este Plan pagará el nivel de beneficios menor, fuera de la red. Usted pagará costos compartidos mayores correspondientes a proveedores fuera de la red, pero contará con la protección contra el cobro de diferencias por los costos que superen la cantidad permitida fuera de la red.

Información importante sobre el uso de proveedores fuera de la red (proveedores no participantes)

En el caso de un proveedor fuera de la red que no ha celebrado un contrato con Florida Blue para ofrecer un descuento en el monto facturado por los Servicios Cubiertos específicos que le ha brindado a usted, la cantidad permitida fuera de la red será la suma menor entre el importe facturado real de ese proveedor fuera de la red por los Servicios Cubiertos específicos y el importe establecido por Florida Blue que puede basarse en diversos factores, incluidos, entre otros los siguientes:

- el pago por dichos Servicios Cubiertos de acuerdo con los programas Medicare o Medicaid;
- el pago normalmente aceptado para dichos Servicios Cubiertos por ese proveedor fuera de la red o por otros proveedores, ya sea en Florida o en otros mercados comparables que Florida Blue determine que son comparables con el proveedor

fuera de la red que prestó los Servicios Cubiertos específicos (que puede incluir el pago aceptado por dicho proveedor fuera de la red o por otros proveedores que participan en otras redes de proveedores de terceros responsables del pago que incluyen, por ejemplo, otras compañías de seguros u organizaciones de mantenimiento de la salud);

- pagos que son consistentes, según lo determina Florida Blue, con las estrategias de nuestra red de proveedores (por ejemplo, pagos que no alientan a proveedores que participan en una red de Florida Blue a dejar de participar);
- el costo de brindar los Servicios Cubiertos específicos.

En el caso de un proveedor fuera de la red que no ha celebrado un contrato con otra organización de Blue Cross o Blue Shield para permitir el acceso a descuentos en el importe facturado por los Servicios Cubiertos específicos en virtud del programa BlueCard®, la cantidad permitida fuera de la red para los Servicios Cubiertos específicos que se le prestaron a usted puede basarse en el monto que la otra organización de Blue Cross o Blue Shield en la que se prestaron los Servicios le proporcione a Florida Blue, es decir, en el monto que esa organización pagaría por esos Servicios a proveedores fuera de la red en su área geográfica.

En ningún caso se permitirá que la cantidad permitida fuera de la red sea mayor al importe que el proveedor fuera de la red realmente cobra.

Si un Servicio Cubierto en particular no está disponible a través de un proveedor que participa en la red PPCSM, según lo determine Florida Blue, entonces la cantidad permitida fuera de la red, siempre que rija la sección 627.6471 de los Estatutos de Florida (Florida Statutes), implicará el cargo usual y habitual de proveedores similares en el área geográfica según lo determine Florida Blue.

Puede obtener un estimativo de la cantidad permitida fuera de la red o la cantidad permitida dentro de la red para determinados servicios en particular, llamando a la línea gratuita de Atención al Cliente de Florida Blue, al 1-800-825-2583. El hecho de que Florida Blue o la DSGI le puedan proporcionar esa información no significa que el servicio en particular sea un Servicio Cubierto. Se implementarán todos los términos y condiciones incluidos en este Manual del Plan y Documento de beneficios. Consulte la sección 1 (Resumen de beneficios de la opción PPO Estándar), la sección 2 (Resumen de beneficios de la opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto), la sección 3 (Servicios cubiertos) y la sección 5 (Exclusiones), para obtener información más detallada sobre el Plan y los montos de costos compartidos, servicios cubiertos y exclusiones del asegurado.

Los proveedores fuera de la red podrán cobrarle según sus tarifas regulares. Usted será responsable de pagar coseguros y deducibles más altos y de pagar la diferencia entre lo que le facture el proveedor y el monto establecido como cantidad permitida fuera de la red. Esto se llama cobro de diferencias.

Existen dos excepciones en la práctica del cobro de diferencias.

A partir del 1.º de julio de 2016 y de acuerdo con la sección 627.662(15) de los Estatutos de Florida, los proveedores fuera de la red no pueden cobrar diferencias a los asegurados del Plan en concepto de lo siguiente:

1. servicios de emergencia cubiertos, según se define en la sección 641.47(8) de los Estatutos de Florida;
2. servicios que no son de emergencia cubiertos, brindados en un centro que forma parte de la red, cuando no tiene la posibilidad y oportunidad de elegir un proveedor participante.

Un proveedor no participante de servicios de emergencia cubiertos y servicios que no son de emergencia cubiertos, tal como se describe en los números uno y dos de este recuadro, no podrá cobrarle o intentar cobrarle montos que superen los copagos, coseguros y deducibles fuera de la red vigentes.

Para recibir el nivel mayor de beneficios de este Plan, es importante comprender los gastos de su bolsillo al usar proveedores fuera de la red. El Resumen de beneficios en las secciones 1 y 2 muestra con claridad el costo compartido que usted y este Plan deberán pagar al usar proveedores dentro y fuera de la red.

Puede solicitar que se usen proveedores de la red siempre que sea posible. Sin embargo, en algunas situaciones no tendrá otra opción y deberá usar proveedores fuera de la red. En esos casos, los servicios del proveedor fuera de la red se pagarán de acuerdo con el nivel de beneficios fuera de la red. Los gastos de su bolsillo por servicios fuera de la red pueden ser significativamente mayores a los costos por servicios de la red.

ADVERTENCIA: SE PAGARÁN BENEFICIOS LIMITADOS CUANDO SE UTILICEN PROVEEDORES NO PARTICIPANTES.

Debe tener en cuenta que cuando elige utilizar los servicios de un proveedor no participante para un servicio cubierto que no es de emergencia, el pago del beneficio para dicho proveedor no se basará en el cargo que el proveedor factura. La base del pago se determinará de acuerdo con el beneficio de reembolso fuera de la red de la póliza. Los proveedores no participantes pueden facturar a los asegurados por cualquier diferencia en el monto. **SE LE PODRÁ EXIGIR QUE PAGUE UN MONTO MAYOR AL DEL COSEGURO O DEL COPAGO.**

Continuidad del cuidado

Para brindar la continuidad del cuidado, la DSGI y Florida Blue desarrollaron una política de "transición del cuidado" para determinadas situaciones en las que su proveedor finaliza su participación en la red PPO, durante el curso de un tratamiento. Cuando exigirle que su cuidado se transfiera a otro proveedor de la red no sería consistente con una atención médica de calidad, este Plan podrá continuar brindándole beneficios dentro de la red por servicios prestados por su proveedor actual, durante el curso del tratamiento o por un plazo determinado. Estos son algunos ejemplos de afecciones y servicios que podrían ser elegibles para la política de transición del cuidado:

Embarazo: cuando en la fecha en la que la condición de participante del proveedor cambió, la paciente se encuentra en el segundo trimestre de embarazo.

Cirugía programada previamente: cuando una cirugía fue aprobada y programada antes del cambio en la condición de participante del proveedor y se llevará a cabo dentro de los 30 días posteriores a dicho cambio.

Insuficiencia renal terminal: cuando se aprobó dentro de los 30 días posteriores al cambio en la condición de participante del proveedor.

Servicios de rehabilitación ambulatoria: cuando se inician antes de la fecha de cambio en la condición de participante del proveedor o se aprueban dentro de los 30 días posteriores a la fecha de dicho cambio.

Quimioterapia o radioterapia: cuando se aprueba tras la finalización del plan de tratamiento concurrente en proceso y por 90 días, a partir de la fecha de cambio en la condición de participante del proveedor.

Sección 7: Disposiciones adicionales exigidas

AVISO IMPORTANTE: La certificación de hospitalización y estadía hospitalaria solo certifica el entorno hospitalario. La certificación del entorno hospitalario NO garantiza que se cubrirán los servicios o procedimientos realizados durante la estadía hospitalaria.

Certificación de hospitalización y estadía hospitalaria

Hospital fuera de la red: Hospitalización que no es de emergencia

Toda admisión que no sea de emergencia en un hospital fuera de la red requerirá una certificación previa. Esto significa que, antes de que se brinden servicios, Florida Blue debe certificar la hospitalización y establecer la cantidad de días contemplada por la certificación. La certificación previa de estadías en hospitales fuera de la red es su responsabilidad, incluso si el médico que lo hospitaliza a usted o a su dependiente es un proveedor de la red. Si no obtiene la certificación previa se implementarán sanciones (costos mayores de su bolsillo). Para obtener más información sobre las sanciones, consulte el apartado "Qué sucede si no obtiene certificación previa para su estadía" de esta sección.

Para obtener la certificación previa de su estadía en un hospital fuera de la red, pídala a su médico que llame a Florida Blue, al (800) 955-5692, antes de su admisión en el hospital y que especifique el motivo de la hospitalización, el tratamiento o cirugía que se propone, las pruebas y la cantidad de días previstos para la estadía.

Florida Blue revisará la solicitud de su médico de certificación para la hospitalización y le informará de inmediato al médico o al hospital si se ha certificado su hospitalización y la cantidad de días que se contemplan. Si no se certifica la hospitalización, su médico puede presentar información adicional para una segunda revisión.

Si se certifica su estadía hospitalaria y necesita una estadía más extensa que la contemplada, su médico debe llamar a Florida Blue y solicitar una certificación para los días adicionales. Su médico debe realizar dicha llamada lo antes posible.

Hospital fuera de la red: Hospitalización de emergencia

Si usted es hospitalizado en un hospital fuera de la red por una emergencia médica, incluidas las hospitalizaciones por maternidad, debe informar a Florida Blue dentro del plazo de un día hábil a partir de la hospitalización, o lo antes posible. Usted es responsable de realizar este aviso. Florida Blue revisará la información sobre la hospitalización y certificará la estadía hospitalaria según corresponda.

Qué sucede si no obtiene certificación previa para su estadía Hospital fuera de la red

1. Los beneficios por servicios cubiertos **se reducirán** en un 25 % de los costos cubiertos, sin exceder la reducción máxima del beneficio de \$500, EN CASO de que sea hospitalizado en un hospital participante (proveedor pago por servicios hospitalarios o PHS) que no forma parte de la red Preferred Patient CareSM (PPCSM) y no se haya solicitado la certificación de la hospitalización en su nombre o la solicitud haya sido denegada.
2. Este Plan **no pagará** beneficios de pensión completa durante los primeros dos días de hospitalización, SI se rechaza su admisión en un hospital fuera de la red, pero usted es hospitalizado en un hospital fuera de la red de todos modos.
3. Este Plan **no pagará** beneficios de pensión completa para la totalidad de su estadía hospitalaria, SI usted es hospitalizado en un hospital fuera de la red, sin que su médico haya llamado con anterioridad.
4. Este Plan **no pagará** beneficios de pensión completa por los días adicionales no certificados, SI su hospitalización en un hospital fuera de la red es certificada, pero su estadía excede la cantidad de días contemplada.

Hospital dentro de la red

Usted debe obtener una certificación previa a la hospitalización en un hospital dentro de la red. El hospital de la red se encargará de obtener la certificación previa. Dado que la certificación previa es responsabilidad del hospital, cuando use hospitales de la red, usted no será sancionado en caso de que el hospital no obtenga la certificación previa.

Florida Blue revisará las solicitudes de hospitalizaciones y de estadías extendidas, de acuerdo con los estándares nacionales para hospitalizaciones. Solo un médico puede rechazar la hospitalización o solicitar una estadía más extensa.

Determinaciones y autorizaciones previas: Servicios médicos

Programa de Diagnóstico por Imágenes

El Programa de Diagnóstico por Imágenes fue diseñado para garantizar que usted reciba el cuidado clínico adecuado cuando su proveedor médico opta por utilizar determinados servicios avanzados de diagnóstico por imágenes, como las tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas, angiogramas magnéticos y cardiología nuclear. Dada la naturaleza especializada de los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes y la necesidad de determinar si este Plan cubre el servicio, Florida Blue recurre a la experiencia de National Imaging Associates, Inc. (NIA), una empresa de gestión radiológica con reconocimiento nacional. La gestión de servicios avanzados de diagnóstico por imágenes promueve la seguridad del asegurado y permite obtener resultados de calidad.

El Programa de Diagnóstico por Imágenes ofrece una revisión voluntaria de la cobertura previa al servicio, para determinar si este Plan cubre su procedimiento o servicio avanzado de diagnóstico por imágenes. Las revisiones previas al servicio se llevan a cabo para determinar si, en el momento de la revisión, el servicio o procedimiento estaría cubierto. Para aprovechar el Programa de Diagnóstico por Imágenes, pídale a su médico que solicite una revisión de la cobertura previa al servicio para los procedimientos avanzados de diagnóstico por imágenes, comunicándose con NIA, al (866) 326-6302. Los profesionales médicos revisarán su caso con su proveedor y determinarán la necesidad médica antes de que se lleven a cabo determinados servicios avanzados de diagnóstico por imágenes.

Una revisión previa al servicio no garantiza la cobertura del servicio. La determinación final de la cobertura se realizará cuando Florida Blue reciba y procese su solicitud. Sin embargo, una revisión previa al servicio puede indicar que existe la posibilidad de que un servicio o procedimiento no esté cubierto por este Plan. Se recomienda enfáticamente que someta todos los procedimientos avanzados de diagnóstico por imágenes a una revisión previa al servicio, para evitar sorpresas y costos financieros, en caso de que la solicitud de un procedimiento avanzado de diagnóstico por imágenes sea rechazada.

Programa de Medicinas Administradas por el Proveedor

El Programa de Medicinas Administradas por el Proveedor (Provider Administered Drug Program, PADP) es un programa de revisión previa al servicio de gestión de uso, para medicinas oncológicas específicas y otras medicinas relacionadas. Este programa, administrado por Magellan Rx en nombre de Florida Blue, fomenta la calidad de la atención y su asequibilidad para el

afiliado. No todos los proveedores de la red participan en este programa de revisión previa al servicio de gestión de uso para determinados fármacos de terapia con inmunoglobulina, medicinas oncológicas y medicinas relacionadas administradas en el consultorio del médico. Se recomienda enfáticamente que le pida a su proveedor que solicite una revisión previa al servicio.

Si su proveedor de la red participa en el PADP, es responsabilidad exclusiva del proveedor de la red cumplir con el proceso de revisión previa al servicio antes de que se compre o administre la medicina. Si el proveedor de la red que participa en el PADP no obtiene una revisión previa al servicio, usted no será responsable por las reducciones o costos de beneficios relacionados. Sin embargo, si se rechaza la autorización de una medicina en la revisión previa al servicio y usted decide recibir la medicina de todos modos, será responsable del costo total de esta última y su administración.

Los proveedores que participan en el PADP deben comunicarse con Magellan RX Management, a través de <http://ih.magellanrx.com> o llamando al (800) 424-4947, para obtener una revisión previa al servicio de gestión de uso obligatoria.

Un proveedor que no participa en el PADP (dentro o fuera de la red) puede solicitar una revisión previa al servicio. Sin embargo, la revisión voluntaria de la cobertura previa al servicio no es obligatoria. Si un proveedor que no participa en el PADP (dentro o fuera de la red) no solicita una revisión previa al servicio, usted será responsable del costo total de la medicina y su administración, en caso de que se determine, en última instancia, que la medicina no es médicamente necesaria. Una revisión de la cobertura previa al servicio voluntaria no garantiza la cobertura del servicio o la medicina.

Un proveedor que no participa en el PADP (dentro o fuera de la red) debe comunicarse con Florida Blue al (800) 955-5692, para obtener una revisión previa al servicio voluntaria.

Revisión clínica o de uso: medicinas recetadas

Las medicinas especializadas tienen costos elevados, ya sean inyectables, administradas a través de infusiones, por vía oral o por inhalación, y se utilizan para tratar determinadas fases de enfermedades crónicas o complejas. Las medicinas especializadas pueden incluir medicinas obtenidas mediante la ingeniería genética (en ocasiones denominadas medicinas biotecnológicas) que se utilizan para tratar afecciones poco frecuentes o crónicas, que incluyen, entre otras, la artritis reumatoide, hepatitis C, esclerosis múltiple, deficiencia de la hormona del crecimiento y cáncer. Estas terapias, por lo general, requieren un tratamiento personalizado y control frecuente, y tienen requisitos únicos de manipulación, distribución y administración.

La mayoría de las medicinas especializadas se entregan a través de una farmacia CVS Specialty. Su médico debe comunicarse con CVS Caremark de antemano, a través de www.cvsspecialty.com o <https://info.caremark.com/epa>, o llamando al (800) 237-2767, para verificar la cobertura y recibir autorización para la medicina especializada. Usted puede decidir cómo obtener su medicina: se la pueden enviar a una dirección indicada por usted, como su hogar o el consultorio de su médico, o la puede recoger en la farmacia minorista local de CVS, incluidas aquellas ubicadas en tiendas Target.

Las medicinas especializadas están sujetas a una revisión clínica o de uso bajo el Programa de Administración de Lineamientos sobre Especialidades que establece lineamientos específicos para tratamientos sobre medicinas especializadas cubiertas por este Plan. A través de este Programa, CVS Caremark trabajará con su médico para asegurarse de que se indique y utilice el tratamiento con medicinas más apropiado, lo cual incluye, entre otras cosas, la revisión del diagnóstico de acuerdo con los lineamientos médicos basados en evidencia más recientes, las etiquetas de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los resultados de laboratorio, los requisitos de seguridad y los límites de cantidad de los suministros diarios.

Si se rechaza la aprobación de una medicina especializada, de acuerdo con los lineamientos del tratamiento del Programa de Administración de Lineamientos sobre Especialidades, y usted decide recibir la medicina especializada de todos modos, usted será responsable del costo total de la medicina especializada.

Si no se solicita la revisión clínica o de uso y no se recibe una aprobación, usted será responsable del costo total de la medicina especializada, en caso de que se considere, en última instancia, que la medicina no es médicamente necesaria o que no cumple con los lineamientos para el tratamiento establecidos en el Programa de Administración de Lineamientos sobre Especialidades.

NOTA IMPORTANTE

Es posible que algunas medicinas especializadas califiquen para programas externos de asistencia para el copago, incluidos los cupones de copago del fabricante, que reducirán los costos de bolsillo para adquirir la medicina especializada. Si usa dichas asistencias externas para el copago para adquirir su medicina especializada, no recibirá un crédito con respecto al deducible anual, el máximo anual de coseguro de su bolsillo, o el máximo anual global dentro de la red de su bolsillo para copagos o coseguros sobre los cuales se aplicó un cupón o descuento del fabricante.

Sección 8: Características especiales del plan

Programas centrados en el asegurado

Estos programas centrados en el asegurado están diseñados para abordar cuestiones tales como la promoción de la salud, la prevención y la detección temprana de enfermedades, programas de manejo de enfermedades crónicas, programas de administración de casos y otros programas centrados en los asegurados. Esta subsección le brinda una descripción general de algunos programas que están a su disposición.

Programa de educación prenatal Healthy Addition®

Healthy Addition® es el programa de educación prenatal e intervención temprana de Florida Blue. Está diseñado para brindarles a empleadas embarazadas o sus cónyuges elegibles la información y el cuidado prenatal adecuados, incluido el control de embarazos de alto riesgo. A través de este programa voluntario, los profesionales de enfermería capacitados controlarán los posibles factores de riesgo de empleadas embarazadas o de sus cónyuges elegibles, y ayudarán a desarrollar un programa personalizado de educación y control.

Para participar en el programa Healthy Addition®, llame a Florida Blue al (800) 955-7635, opción 6. Un miembro del equipo de enfermería prenatal se comunicará con usted o su cónyuge para comenzar a ayudarlos con su nueva incorporación familiar.

Health Dialog®

El programa Health Dialog® es un producto de Health Dialog Corporation que le brinda información sin costo, a través de Florida Blue. Cuando debe tomar decisiones importantes sobre su salud, es útil contar con información y apoyo adicionales. El programa Health Dialog ofrece lo siguiente:

- Asesores de salud: usted podrá hablar sobre inquietudes de salud inmediatas o cotidianas, de día o de noche, los 365 días del año.
- Material informativo por correo: los asegurados recibirán información sin costo.
- Online Dialog CenterSM: sitio web educativo de Health Dialog.
- Grabaciones de audio por teléfono: los asegurados podrán escuchar grabaciones de audio sobre más de 300 temas relacionados con el cuidado de la salud.

Ya sea por teléfono o en línea, acceder a Health Dialog® es sencillo. Llame sin costo al (877) 789-2583 (si necesita asistencia debido a una dificultad auditiva o del habla, marque (877) 900-4304) u obtenga información adicional en línea, en www.floridablue.com o www.floridablue.com/state-employees.

Recuerde que todas las decisiones que requieren una opinión o capacitación médica/clínica profesional independiente o que están relacionadas con dicha opinión o con la necesidad de servicios médicos, son responsabilidad exclusivamente suya y de su(s) médico(s) u otros proveedores de salud. Usted y sus médicos son responsables de decidir qué atención médica deben proporcionarle o debe recibir y cuándo y cómo se debe proporcionar dicha atención. Al poner a su disposición Health Dialog®, no se debe interpretar que el estado de Florida, Florida Blue o Health Dialog Services Corporation le están brindando atención o asesoramiento médico. Health Dialog® y Dialog CenterSM son marcas registradas de Health Dialog Services Corporation. Utilizado con permiso.

Programa de Administración de Casos Médicos

El Programa de Administración de Casos Médicos brinda un servicio valioso, en caso de que usted padezca una afección compleja que requiera varios tipos de tratamientos durante un período prolongado. El programa les permite a sus proveedores de cuidados de la salud considerar todas las alternativas disponibles, no solo los servicios tradicionales que por lo general cubren los planes de seguros de salud.

A través de este programa, Florida Blue ayuda a coordinar tratamientos alternativos cuando una persona cubierta enfrenta una afección médica grave o complicada. Estos tratamientos alternativos pueden incluir servicios que, por lo general, no están cubiertos por este Plan.

El Programa de Administración de Casos Médicos es voluntario. Los profesionales del cuidado de la salud revisarán el caso con el paciente, con la familia del paciente y el médico y, si corresponde, sugerirán un plan de tratamiento alternativo. El paciente y su médico deben estar de acuerdo con el plan de tratamiento sugerido.

Si el plan de tratamiento alternativo del paciente es aprobado por Florida Blue, se pagará el 100 % del costo de los servicios recomendados negociado por Florida Blue.

El plan de tratamiento alternativo de la administración del caso finalizará en los siguientes casos:

1. si el estado del paciente cambia y el nivel de cuidado proporcionado por la administración del caso ya no es necesario;
2. los beneficios tradicionales del Plan;
3. si el paciente ya no es elegible para participar en este Plan.

Para obtener información sobre el Programa de Administración de Casos, llame a Atención al cliente de Florida Blue al (800) 825-2583. Si desea participar en el Programa de Administración de Casos, llame a la Casilla de correo de voz de Administración de Casos de Florida Blue al (800) 955-5692, opción 3.

Sitio web de Florida Blue

El sitio web de Florida Blue, floridablue.com, le brinda la información útil que usted necesita conocer sobre el Plan, además de acercarle herramientas y recursos gratuitos para ayudarle a administrar sus necesidades de cuidados de la salud, en cualquier momento, ya sea de día o de noche. Puede registrarse para hacer lo siguiente:

- Ver los beneficios de su plan.
- Saber en qué punto se encuentra en relación con su deducible.
- Ver la actividad de su reclamación: su estado e historial.
- Hallar un Médico u Hospital en la red Preferred Patient CareSM (PPCSM).
- Ver e imprimir su reporte de beneficios del asegurado.
- Comunicarse con un asesor en salud de Health Dialog[®], incluidos profesionales de enfermería, nutricionistas y terapeutas respiratorios.
- Únase a Better You Strides, un programa en línea que le ofrece una guía paso a paso para mejorar su salud:
 - Realice la Evaluación de Su Salud para obtener una representación de su estado de salud.
 - Reciba su Personal Health Itinerary[®], un itinerario personal que le ayudará a mantenerse saludable. De acuerdo con sus intereses, necesidades y objetivos, este plan personalizado incluirá programas sobre alimentación saludable, sugerencias para hacer más ejercicio y formas de sobrellevar el estrés.
 - Realice el seguimiento de su progreso desde su teléfono inteligente, a través de la aplicación móvil CaféWell.
 - Participe en desafíos de bienestar que harán que estar saludable sea divertido.
- Ahorre dinero a través de descuentos relacionados con la salud que no forman parte del Plan, tales como membresías a gimnasios, programas para bajar de peso y cuidado de la visión y la audición.

Para registrarse, ingrese a www.floridablue.com o www.floridablue.com/state-employees.

Programa de Cuidados Paliativos HopeBlue

El Programa de Cuidados Paliativos HopeBlue está destinado a pacientes que tienen síntomas debido a

una enfermedad grave. El programa les permite a sus proveedores de atención médica concentrarse en el tratamiento curativo, mientras los expertos en cuidados paliativos ayudan a coordinar la atención para tratar los síntomas tales como el dolor intenso, la ansiedad y la depresión.

Para participar en el Programa de Cuidados Paliativos HopeBlue, llame a Florida Blue al (800) 955-5692, opción 3.

Programa de perfil de cuidados: un programa de historial médico basado en el pagador

Hay un perfil de cuidados a disposición de los médicos tratantes, para cada persona cubierta por el Plan, a través del Programa de Perfil de Cuidados de Florida Blue. Este perfil de cuidados permite una vista electrónica segura de información específica de reclamaciones de servicios prestados por médicos, hospitales, laboratorios, farmacias y otros proveedores de cuidados de la salud. A menos que usted haya elegido excluirse, a continuación se enumeran algunos de los beneficios de la participación en el Programa de Perfil de Cuidados:

1. Todos los médicos tratantes autorizados tendrán una vista consolidada o historial de sus servicios de cuidados de la salud, que les ayudará a tomar mejores decisiones para brindar la atención médica.
2. En momentos de eventos catastróficos o servicios de emergencia, los médicos autorizados podrán tener acceso al perfil de cuidados desde cualquier ubicación, de manera que se puedan proporcionar el tratamiento y los servicios apropiados.
3. Transmisión segura de información de reclamaciones. Solamente proveedores de cuidados de la salud autorizados o asegurados autorizados del personal del proveedor tendrán acceso a su información.
4. Coordinación de los cuidados entre sus proveedores de cuidados de la salud autorizados.
5. Cuidado de la salud más eficiente para empleados estatales que participan del Plan PPO.

Mantener privada su información de salud es extremadamente importante; por lo tanto, su perfil de cuidado no incluirá determinada información de salud que corresponda a afecciones médicas "delicadas", para las cuales la ley brinda protección especial. Los proveedores de cuidados de la salud acceden al perfil de cuidados utilizando el mismo canal electrónico seguro que utilizan para presentar reclamaciones. Además, solamente miembros autorizados del personal del proveedor tendrán acceso a la información. Recuerde que esto ayudará a su médico a obtener información importante en relación con su historial de salud.

Sin embargo, si por alguna razón, usted o cualquier integrante de su familia deciden no darle acceso a su

médico tratante a su historial de reclamación, el uso de esta información puede ser restringido. En caso de que decida no participar, llame al (800) 825-2583 e informe al representante del servicio acerca de su decisión.

Programa PATCH

El Programa PATCH, un programa de evaluación, tratamiento y consultas médicas en el hogar (Physician Assessment, Treatment and Consultations at Home, PATCH), está diseñado para pacientes confinados a sus hogares debido a una afección médica que limita sus capacidades de acceder a la atención. El programa fomenta el acceso a médicos que pueden brindar atención médica en el hogar a pacientes que no pueden acceder a dicha atención de parte de sus médicos tratantes.

Para participar en el programa PATCH, llame a Florida Blue al (800) 955-5692, opción 4.

Programa de Paciente Auditor

En ocasiones, los proveedores cometen errores y le cobran en exceso a un paciente. Esto tiene como resultado el pago excesivo de la reclamación por parte de este Plan. Se pueden producir pagos excesivos, a saber:

1. el cobro de un servicio o suministro cubierto que la persona cubierta no recibió;
2. el cobro de una suma mayor al monto previamente acordado por escrito por el proveedor, en un presupuesto previo al tratamiento, distinto de los montos debidos a complicaciones o procedimientos no previstos;
3. un cobro que forma parte de un error aritmético en la facturación. Si se producen estos pagos excesivos, usted recibirá el 50 % del monto que el Plan recupere, hasta un máximo de \$1,000 por reclamación relativa a una estadía hospitalaria o atención ambulatoria. Comuníquese con la DSGI, al (850) 921-4600, para solicitar un formulario para presentar una reclamación de Paciente Auditor. Informe a la DSGI sobre toda sospecha de cobros excesivos.

Programa BlueCard®: Servicios fuera del área de servicio de Florida Blue

Información general

Florida Blue, licenciataria de Blue Cross and Blue Shield, tiene una variedad de relaciones con otros licenciarios de Blue Cross o Blue Shield. Por lo general, estas relaciones se denominan "Programas Inter-Plan". Estos Programas Inter-Plan trabajan bajo las reglas y procedimientos establecidos por Blue Cross Blue Shield Association (la "Asociación"). Cuando usted o un integrante cubierto de su familia accede

a Servicios y Suministros Cubiertos fuera del área de servicio de Florida Blue, la reclamación de dichos Servicios y Suministros Cubiertos se procesará a través de uno de estos Programas Inter-Plan.

Cuando usted o los integrantes cubiertos de su familia reciben atención fuera del área de servicio de BlueCard®, que incluye los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, la recibirán de parte de uno de dos tipos de proveedores. La mayoría de los proveedores ("proveedores participantes") tienen contratos con el licenciario local de Blue Cross o Blue Shield en esa área geográfica ("Host Blue"). Sin embargo, algunos proveedores ("proveedores no participantes") no tienen contratos con un Host Blue.

Elegibilidad de los Programas Inter-Plan: tipos de reclamaciones

Todos los tipos de reclamaciones que son elegibles para ser procesados a través de Florida Blue, cuando se prestan los servicios dentro del estado de Florida, son elegibles para ser procesados por estos Programas Inter-Plan.

Programa BlueCard®

El Programa BlueCard® es un Programa Inter-Plan. Bajo el Programa BlueCard®, cuando usted recibe Servicios Cubiertos dentro del área geográfica correspondiente a un Host Blue, Florida Blue conservará la responsabilidad de cumplir sus obligaciones contractuales. Sin embargo, Host Blue es responsable de celebrar contratos con sus proveedores participantes y de gestionar todas las interacciones con ellos.

Cuando usted y los integrantes de su familia cubiertos reciben servicios cubiertos fuera de Florida y la reclamación se procesa a través del programa BlueCard®, el monto que usted y los integrantes de su familia cubiertos pagan por los servicios cubiertos será el menor de las siguientes sumas:

- el costo facturado cubierto por dichos servicios cubiertos;
- el precio negociado que Host Blue pone a disposición de Florida Blue.

Con frecuencia, este "precio negociado" será un simple descuento que refleja un precio real que Host Blue le paga a su proveedor. En ocasiones, es un precio estimado que tiene en cuenta programas especiales con su proveedor o grupo de proveedores, que puede incluir tipos de acuerdos, pagos de incentivos y otros créditos o cargos. También puede tratarse de un precio promedio basado en un descuento que tiene como resultado ahorros promedios esperados para tipos similares de proveedores de atención médica,

tras considerar tipos similares de transacciones con un precio estimado.

El uso de un precio estimado o un precio promedio puede resultar en una diferencia (positiva o negativa) entre el precio que usted paga por una reclamación específica y la cantidad real que el Plan Host le paga al proveedor. Sin embargo, el Programa BlueCard® requiere que la cantidad que usted paga sea el precio final. Ningún ajuste de precios futuro aumentará o disminuirá el precio de reclamaciones pasadas.

Devolución de sobrepagos

Las recuperaciones de un Host Blue o de sus proveedores participantes y no participantes pueden surgir de varias maneras, que incluyen, entre otras, recuperaciones de abusos y antifraude, auditorías al proveedor/hospital, auditorías del saldo de crédito, reembolsos por revisión de uso y reembolsos no solicitados. Las recuperaciones se aplicarán en general, ya sea por reclamaciones o prospectivamente. En algunos casos, Host Blue involucrará a terceros para que brinden asistencia en la identificación y el cobro de los montos de recuperación. Los honorarios de estos terceros se cobrarán bajo el Programa BlueCard® como un porcentaje de la recuperación.

Programas Inter-Plan: Impuestos, tarifas y cargos adicionales federales y estatales

Las leyes o regulaciones federales o estatales pueden exigir que se implemente un impuesto, cargo adicional u otra tarifa a las reclamaciones pagadas a través de planes de seguro de salud autofinanciados. Cuando corresponda, Florida Blue incluirá cargos adicionales, impuestos u otras tarifas como parte de la reclamación.

Proveedores no participantes fuera de Florida

Cuando los servicios cubiertos sean prestados fuera de Florida por proveedores no participantes, nuestro pago se basará en la cantidad permitida fuera de la red, como se establece en la sección 15 de este Documento de beneficios. Usted y los integrantes de su familia cubiertos serán responsables de pagar la diferencia entre la cantidad que el proveedor no participante facture y la cantidad que paga este Plan.

Programa Core de Blue Cross Blue Shield Global®

Si usted y los integrantes de su familia cubiertos están fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ("área de servicio de BlueCard®"), usted y los integrantes de su familia cubiertos podrán aprovechar el Programa Core de Blue Cross Blue Shield Global® al acceder a los servicios cubiertos. El Programa Core de Blue Cross Blue Shield Global® se diferencia del Programa BlueCard® en algunas cosas. Por ejemplo, si bien el Programa Core de Blue Cross Blue Shield Global® le ayudará a localizar proveedores de la red, la red no cuenta con un Host

Blue. Por lo tanto, cuando usted recibe cuidados de proveedores fuera del área de servicio de BlueCard®, por lo general, tendrá que pagar a los proveedores y enviar usted mismo las reclamaciones para obtener reembolso por estos servicios cubiertos.

Si usted y los integrantes de su familia cubiertos necesitan servicios de asistencia médica (como hallar un médico u hospital) fuera del área de servicio de BlueCard®, usted y los integrantes cubiertos de su familia deberán llamar a Atención al cliente de Core de Blue Cross Blue Shield Global®, al (800) 810-BLUE (2583), o llamar por cobro revertido al (804) 673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un coordinador de la asistencia que trabaja con un profesional médico programará una cita médica u hospitalización, en caso de ser necesario.

Servicios para pacientes hospitalizados

En la mayoría de los casos, si usted se comunica con Atención al cliente de Core de Blue Cross Blue Shield Global® para obtener asistencia, los hospitales no le exigirán que pague por los servicios cubiertos como paciente hospitalizado, a excepción de la cantidad habitual de su costo compartido. En tales casos, el hospital de la red presentará sus reclamaciones de servicios cubiertos ante el Centro del servicio Core de Blue Cross Blue Shield Global® para comenzar a procesar las reclamaciones. Si usted usa un hospital fuera de la red o por otro motivo paga la totalidad del costo en el momento en que recibe el servicio, debe presentar una reclamación para recibir el reembolso de los servicios cubiertos. Cuando use un proveedor fuera de la red, este Plan pagará el nivel de beneficios menor fuera de la red, pero usted estará protegido del cobro de diferencias y no será responsable por los costos que excedan la cantidad permitida fuera de la red.

Servicios para pacientes ambulatorios

Los médicos, centros de cuidados de urgencia y otros proveedores ambulatorios localizados fuera del área de servicio de BlueCard®, por lo general, serán proveedores fuera de la red y le exigirán que realice el pago completo en el momento en que recibe el servicio. Usted debe enviar una reclamación por escrito para obtener el reembolso por los servicios cubiertos. Cuando use un proveedor fuera de la red, este Plan pagará el nivel de beneficios menor fuera de la red.

Presentar una reclamación del Programa Core de Blue Cross Blue Shield Global®

Cuando usted paga servicios cubiertos fuera del área de servicio de BlueCard® (Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos), debe presentar una reclamación para recibir un reembolso por los servicios cubiertos. El formulario de reclamación está disponible a través del Centro de servicio Core de BlueCard Global o en línea, en www.bcbsglobalcore.

com. Recuerde adjuntar la factura detallada del proveedor y enviarla por correo a la dirección que figura en el formulario de reclamación. Si necesita ayuda para enviar su reclamación, llame al Centro de servicio Core de BlueCard Global, al (800) 810-BLUE (2583) o llame por cobro revertido al (804) 673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Sitio web del Programa Core de Blue Cross Blue Shield Global®

El sitio web de Core de Blue Cross Blue Shield Global® incluye muchos recursos valiosos, además de ayudarle a encontrar hospitales y médicos fuera del área de servicio de BlueCard®. Tras aceptar los términos de uso y el contrato de licencia de usuario final e ingresar las primeras tres letras de su número de identificación de asegurado (XJJ), podrá buscar médicos y hospitales en docenas de países de todo el mundo e, incluso, especificar la especialidad médica que necesita. El perfil del proveedor incluye la dirección (con un mapa), el teléfono, los idiomas que habla, las certificaciones y educación, y más. También puede descargar un formulario de reclamación y presentarlo en línea. La información adicional en el sitio web incluye códigos telefónicos por país; ubicaciones de embajadas y teléfonos; tipo de divisa y conversor; información general del país; vacunas exigidas y riesgos para la salud; recursos de viajes, incluidas las advertencias de viajes del Departamento del Estado; perfil de salud de la ciudad; traducciones de fármacos, términos y frases médicas, y mucho más. Antes de viajar fuera de los Estados Unidos, aproveche la información y los recursos valiosos de este sitio web.

Sección 9: Programa de Medicinas Recetadas

Cómo funciona el programa

Usted participará automáticamente en el Plan de medicinas recetadas para empleados estatales, si está inscrito en el Plan PPO para empleados estatales. El Plan cuenta con una red de farmacias minoristas participantes y un programa de pedido por correo. A continuación se incluye una descripción que sugiere cuándo usar cada opción.

Farmacias minoristas participantes: suministro para 30 días

Se debe usar para medicinas a corto plazo o medicinas que necesita de inmediato, como antibióticos para un niño enfermo, hasta un suministro para 30 días por vez. Las medicinas de mantenimiento se deben surtir a través del programa de pedido por correo o a través de un programa de mantenimiento para 90 días en una farmacia minorista participante, después de tres (3) surtidos en una farmacia minorista para 30 días.

Programa de pedido por correo y farmacias minoristas participantes: suministro para 90 días

Se debe usar para medicinas de mantenimiento o a largo plazo que consume regularmente, como las medicinas para la hipertensión arterial, hasta un suministro para 90 días por vez, siempre que la receta esté redactada de forma que permita el surtido de un suministro para 90 días. Las medicinas de mantenimiento se deben surtir a través del programa de pedido por correo o a través de un programa de mantenimiento para 90 días en una farmacia minorista participante, después de tres (3) surtidos en una farmacia minorista para 30 días.

Compra de medicinas recetadas en farmacias minoristas para 30 días

Cuando su médico le receta una medicina, usted puede surtirla en cualquier farmacia; pero, si usa farmacias que participan en la red de farmacias, tendrá ventajas como las siguientes:

- Pagará un copago establecido para recetas (opción PPO Estándar únicamente)
- No tendrá que presentar un formulario de reclamación

Las farmacias minoristas para 30 días participantes incluyen la mayoría de las cadenas de fármacos principales, con más de 59,000 farmacias en todo el país. Para saber si una farmacia participa en la red minorista de 30 días, llame al (888) 766-5490 o visite www.Caremark.com.

Usar una farmacia minorista para 30 días participante

Cuando lleva su receta a una farmacia participante, muéstrele al farmacéutico su tarjeta del programa

de medicinas recetadas. Usted pagará un copago o coseguro por un suministro para hasta 30 días de cada receta cubierta:

Opción PPO Estándar

- \$7 por una medicina genérica
- \$30 por una medicina de marca preferida
- \$50 por una medicina de marca no preferida
- Para medicinas para tratar el cáncer oral, su costo será la suma menor entre el copago apropiado o \$50
- El copago de medicinas de marca *más* la diferencia entre lo que la medicina de marca y la medicina genérica le cuestan al plan, en caso de que haya una medicina genérica a su disposición y usted (no su médico) solicite la medicina de marca.

Opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto

- 30 % por una medicina genérica, sujeto a un deducible por año calendario (CYD)
- 30 % por una medicina de marca preferida (sujeto a un CYD)
- 50 % por una medicina de marca no preferida (sujeto a un CYD)
- Para medicinas para tratar el cáncer oral, su costo será la suma menor entre el coseguro apropiado o \$50 (sujeto a un CYD)
- El CYD o el coseguro de medicinas de marca *más* la diferencia entre lo que la medicina de marca y la medicina genérica le cuestan al Plan, en caso de que haya una medicina genérica a su disposición y usted (no su médico) solicite la medicina de marca.

No deberá presentar documentación cuando use su tarjeta del programa de medicinas recetadas en una farmacia minorista para 30 días participante. La reclamación se presentará de forma electrónica.

Sincronización de medicinas en farmacias minoristas

La Sincronización de medicinas (Medication Synchronization, Med Sync) le permite ahorrar tiempo y reducir los viajes a su farmacia minorista de la red, solicitando que su farmacia minorista "sincronice" todos los surtidos de sus medicinas para que pueda retirarlos todos en el mismo día. Med Sync es opcional y solo se permitirá una vez por año calendario en una farmacia de la red. Algunas medicinas no son elegibles para la sincronización. Las medicinas no elegibles son todas las sustancias controladas, los fármacos que el fabricante surte en envases irrompibles, y las unidades multidosis de medicinas. Al sincronizar o alinear sus nuevos surtidos, algunas recetas corresponderán a un suministro para menos días. Cuando esto suceda, su copago o coseguro se prorrateará de acuerdo con

el suministro para menos días proporcionado. Por ejemplo, supongamos que al sincronizar sus medicinas recetadas recoge un suministro para ocho días que, normalmente, sería un suministro para 30 días. Si el costo del suministro para 30 días es de \$7.00, el costo por día es de \$0.23 ($\$7 \div 30 = 0.23$), pero dado que solo obtendrá un suministro para ocho días, pagará \$1.87 ($\0.23×8). Aviso importante: Todo surtido reducido o sincronizado que habitualmente hubiese correspondido a un suministro para 30 días contará como uno de los tres surtidos de medicinas de mantenimiento permitidos en una farmacia minorista, antes de que se le exija que use el pedido por correo o que visite una farmacia minorista para 90 días participante.

¿Qué sucede si solicita una medicina de marca en una farmacia minorista para 30 días participante?

Si recibe una medicina genérica, solo pagará el copago o coseguro correspondiente. Si no hay un equivalente genérico disponible para una medicina de marca o si su médico indica en la receta "dispense as written" (suministrar exactamente la medicina indicada) o "brand name medically necessary" (esta marca determinada es médicamente necesaria), usted pagará el copago o coseguro correspondiente a la medicina de marca. Sin embargo, si solicita una medicina de marca en lugar de un equivalente genérico disponible, pagará la suma menor entre las siguientes opciones:

1. el copago o coseguro para medicinas de marca, más la diferencia entre lo que la medicina de marca y la medicina genérica le cuestan al Plan;
2. el precio minorista real de la medicina de marca.

Ejemplo: uso de una farmacia minorista de 30 días participante en la opción PPO Estándar

En las farmacias de la red, la tarifa contratada por el Plan para una medicina es menor al precio minorista total. Supongamos que usted solicita una medicina de marca preferida que le cuesta \$50 al Plan, en lugar de la alternativa genérica disponible que le cuesta \$25 al Plan. En este caso, usted pagará lo siguiente:

La diferencia en lo que la medicina de marca preferida y la medicina genérica le cuestan al Plan		Medicina de marca	\$50
	-	Medicina genérica	\$25
		Total	\$25
Copago para medicinas de marca preferidas	+		\$30
Su costo			\$55

Uso de una farmacia no participante

Para recibir los beneficios de medicinas recetadas cuando usa una farmacia no participante, deberá pagar el precio minorista total de su receta y presentar una reclamación de reembolso. No se le reembolsará la

suma total de medicinas recetadas surtidas en una farmacia no participante.

Si surte sus medicinas recetadas en una farmacia no participante, se le reembolsará la tarifa contratada para farmacias de la red, menos la suma de su copago o coseguro. Además, usted pagará toda suma que exceda la tarifa contratada para farmacias de la red.

Ejemplo: uso de una farmacia no participante en la opción PPO Estándar

Supongamos que surte una medicina recetada de marca con una tarifa para farmacias de la red de \$50 y un precio minorista de \$85. Usted pagará \$85 y presentará una reclamación de reembolso. Se le reembolsará lo siguiente:

\$85 menos \$50		\$35.00
Menos su copago	-	\$30.00
Reembolso total		\$5.00

En este ejemplo, por usar una farmacia no participante, su costo será de \$80.00 (precio minorista de \$85.00 menos el reembolso de \$5.00). Si hubiese surtido esta medicina recetada en una farmacia para 30 días participante y su médico hubiese indicado una medicina de marca, usted hubiese pagado solamente el copago de \$30 en la opción PPO Estándar.

¿Qué son las medicinas genéricas?

Las medicinas genéricas son similares a las medicinas de marca, pero le permiten ahorrar dinero. Estas son las características importantes de las medicinas genéricas:

- Las medicinas genéricas equivalentes tienen los mismos ingredientes activos que las medicinas de marca, pero son menos costosas porque el fabricante de medicinas de marca es quien realiza la inversión inicial para la investigación y el desarrollo de un producto.
- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) revisa los productos genéricos regularmente para asegurarse de que sean seguros y eficientes.
- Pregúntele a su médico si se puede reemplazar una medicina genérica por su equivalente de marca.

Uso de una farmacia de pedido por correo o una farmacia minorista de 90 días participante

Si está tomando una medicina de mantenimiento, este Plan le exigirá que use una farmacia de pedido por correo o una farmacia minorista para 90 días participante, tras tres (3) surtidos para 30 días en una farmacia minorista.

Para solicitar un suministro para 90 días a través del pedido por correo, debe hacer lo siguiente:

- Complete un formulario de pedido por correo; lo puede solicitar a CVS Caremark llamando al (888) 766-5490 o puede obtenerlo a través de www.Caremark.com.

- Asegúrese de contar, al menos, con un suministro para 14 días cuando realiza el pedido.
- Por lo general, su medicina llegará dentro de los diez días posteriores al momento en que CVS Caremark recibe su pedido.
- El copago o coseguro se basará en la fecha en la que se surte la medicina, no en la fecha en la que CVS Caremark recibe la receta.
- Realice su pedido en línea, en www.Caremark.com, o llame a CVS Caremark al (888) 766-5490 y CVS Caremark se comunicará con su médico para obtener una receta para pedidos por correo.
- Pídale a su médico que llame a CVS Caremark al (888) 766-5490 para proporcionarle la receta o para obtener instrucciones sobre cómo enviarle la receta a CVS Caremark directamente por fax.
- CVS Caremark procesará su receta una vez que usted o su médico se la hayan proporcionado.

Siga estos pasos para surtir sus medicinas en una farmacia minorista de 90 días participante:

- Llame a CVS Caremark al (888) 766-5490, visite www.Caremark.com/sofrxplan o regístrese en www.Caremark.com para hallar una farmacia minorista para 90 días participante.
- Lleve su receta para un suministro de hasta 90 días a una farmacia minorista participante de medicinas de mantenimiento para 90 días.

Nuevo surtido automático y opciones de renovación a través del pedido por correo

Si está tomando medicinas de mantenimiento o a largo plazo, los nuevos surtidos automáticos ofrecen opciones de renovación o nuevos surtidos prácticos a través del pedido por correo para muchas medicinas (pero no para todas).

Si se inscribe en este programa y tiene nuevos surtidos pendientes, CVS Caremark surtirá automáticamente sus medicinas y se las enviará por correo en el momento correspondiente, de modo que le ahorrará tiempo, ya que usted no tendrá que realizar sus pedidos en línea o por teléfono. Además, CVS Caremark se comunicará con su médico y solicitará una nueva receta automáticamente luego de surtir su última receta disponible. CVS Caremark lo mantendrá informado con anticipación.

Para obtener información adicional sobre este programa o para inscribirse, ingrese a www.Caremark.com o llame al (888) 766-5490.

Opción PPO Estándar

Los copagos para pedidos por correo y farmacias minoristas para 90 días participantes son para suministros de hasta 90 días por un solo copago, siempre que la receta especifique el surtido de un suministro para 90 días.

Estos SON LOS Copagos:

- \$14 para una medicina genérica
- \$60 para una medicina de marca preferida
- \$100 para una medicina de marca no preferida
- El copago de medicinas de marca más la diferencia entre lo que la medicina de marca y la medicina genérica le cuestan al plan, en caso de que haya una medicina genérica a su disposición y usted (no su médico) solicite la medicina de marca.

Opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto

Usar los pedidos por correo y farmacias minoristas para 90 días participantes le permite obtener suministros de hasta 90 días, siempre que la receta especifique el surtido de un suministro para 90 días. Estos son los montos del coseguro:

- 30 % por una medicina genérica después del CYD
- 30 % por una medicina de marca preferida después del CYD
- 50 % por una medicina de marca no preferida después del CYD
- El coseguro de medicinas de marca más la diferencia entre lo que la medicina de marca y la medicina genérica le cuestan al plan, en caso de que haya una medicina genérica a su disposición y usted (no su médico) solicite la medicina de marca.

Sus ahorros en pedidos por correo o en una farmacia minorista para 90 días participante

Si usa una medicina regularmente, ahorrará en copagos o coseguro en pedidos por correo o en farmacias minoristas para 90 días participantes. Por ejemplo, si la medicina que usa es una medicina de marca preferida, este es el impacto que tendrá en la opción PPO Estándar:

Pedido por correo/farmacia minorista para 90 días	Farmacia minorista para 30 días participante
Un suministro máximo de hasta 90 días	Un suministro máximo de hasta 30 días
Copago de \$60	Copago de \$30
Usted paga \$60 para 90 días y hace un solo pedido	Usted paga \$90 para 90 días y visita la farmacia tres veces

Si usted envía por correo una receta para un suministro para 30 días a la farmacia de pedidos por correo, su receta se surtirá para un suministro para 30 días y usted será responsable del copago de pedido por correo correspondiente a una medicina genérica, de marca preferida o de marca no preferida. Pídale a su médico una receta para un suministro para 90 días, a fin de enviársela a la farmacia de pedidos por correo.

Medicinas cubiertas por el Programa de Medicinas Recetadas

Las medicinas cubiertas incluyen lo siguiente:

1. medicinas con etiqueta de advertencia federal;
2. medicinas con restricciones estatales;
3. medicinas compuestas, cuando se cumplen los siguientes criterios:
 - a. todos los ingredientes activos son fármacos con etiqueta de advertencia federal;
 - b. la medicina compuesta no se usa en reemplazo de una medicina con etiqueta de advertencia federal disponible en comercios, con la misma fórmula y concentración, a menos que sea médicamente necesaria;
 - c. la medicina compuesta se produce específicamente para ser utilizada por una persona cubierta, a fin de tratar una afección cubierta;
 - d. la medicina compuesta, incluidos todos los productos compuestos estériles, se fabrica en cumplimiento del capítulo 465 de los Estatutos de Florida.

Por otro lado:

- a. No se cubrirán los productos de venta libre (Over-the-counter, OTC), productos en polvo a granel, químicos a granel y bases patentadas utilizadas en medicamentos compuestos.
- b. La reconstitución de polvos de administración oral no se considera medicina compuesta. El farmacéutico que elabora medicinas compuestas deberá facturar el código del fármaco nacional (National Drug Code, NDC) del producto usado en la cantidad correspondiente al volumen final reconstituido.
4. Se cubrirán las medicinas para dejar de consumir tabaco, incluidas las medicinas recetadas y de venta libre indicadas por un proveedor de atención médica y con una calificación A o B asignada por la Comisión Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
5. insulina y otras medicinas inyectables cubiertas;
6. agujas y jeringas para insulina y otros inyectables cubiertos;
7. tiras reactivas para medir la glucosa, lancetas y tabletas de glucosa aprobadas por la FDA;
8. vacuna contra el herpes zóster (la administración de esta vacuna no está cubierta por el Plan de Medicinas Recetadas).

Algunas medicinas requieren la revisión de la cobertura o la revisión clínica o de uso antes de que se puedan surtir, y algunas medicinas están sujetas a límites de cantidad. Su farmacéutico le indicará si su medicina

recetada requiere una revisión de la cobertura, una revisión clínica o de uso, o si está sujeta a límites de cantidad. Si su medicina recetada requiere una revisión de la cobertura, una revisión clínica o de uso, o si está sujeta a límites de cantidad, CVS Caremark trabajará con su médico para determinar la necesidad médica. La aprobación o denegación de la cobertura se determinará dentro de las 72 horas posteriores a haber hablado con su médico y haber recibido toda la información o documentación necesaria. Varias clasificaciones de medicinas exigen una revisión de la cobertura, una revisión clínica o de uso, o están sujetas a límites de cantidad; por ejemplo, las medicinas para el diagnóstico de la disfunción eréctil requieren una revisión de la cobertura, una revisión clínica o de uso y se limitan a ocho dosis por mes.

La mayoría de las revisiones clínicas o de uso son válidas por un período de un año y se deben renovar tras la caducidad; sin embargo, pueden existir revisiones clínicas o de uso válidas por tan solo un mes.

Medicinas no cubiertas por el Programa de Medicinas Recetadas

El Programa de Medicinas Recetadas no cubre lo siguiente:

1. productos orales, tópicos o inyectables con fines estéticos, que incluyen, entre otros, Retin-A, productos para el tratamiento de cicatrices, productos para tratar la despigmentación y productos para el crecimiento o la eliminación del cabello;
2. medicinas contra la obesidad y anfetaminas o anorexígenos para bajar de peso;
3. medicinas para la infertilidad o fertilidad;
4. dispositivos o accesorios;
5. fármacos con etiquetas de advertencia federal, productos de venta libre (OTC), productos en polvo a granel, químicos a granel y medicamentos compuestos elaborados con bases patentadas;
6. fármacos con etiquetas que indican "Advertencia: Limitado por la ley federal para el uso con fines de investigación" ("Caution: Limited by Federal Law to Investigational Use") o fármacos experimentales;
7. medicinas no recetadas, accesorios y suministros para reducir el consumo de tabaco, a menos que sean indicados por un proveedor de atención médica y tengan una calificación A o B vigente asignada por la Comisión Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos;
8. agentes de inmunización como las vacunas contra la gripe (a excepción de la vacuna contra el herpes zóster utilizadas para evitar dicha afección);
9. medicinas cubiertas por las Leyes de Indemnización de los Trabajadores o de Enfermedades

- Ocupacionales (Workers' Compensation/ Occupational Disease Laws) o por una agencia estatal o gubernamental;
10. medicinas proporcionadas por servicios médicos o medicinales de forma gratuita;
 11. medicinas de mantenimiento que exceden los tres (3) suministros por 30 días en una farmacia minorista;
 12. Viagra y otras medicinas recetadas exclusivamente para trastornos psicosexuales; Viagra y medicinas similares recetadas para hombres menores de 18 años; Viagra y medicinas similares recetadas para mujeres;
 13. solo se cubrirán las fórmulas entéricas que consisten en productos alimenticios utilizados para tratar enfermedades heredadas de aminoácidos o ácidos orgánicos hasta los 25 años;
 14. hormonas de crecimiento para el diagnóstico de la talla baja idiopática;
 15. terapias superpuestas dentro de la misma clasificación farmacológica, incluso si se utilizan para afecciones diferentes; por ejemplo, una medicina para la disfunción eréctil para tratar la hiperplasia benigna de próstata y una medicina para la disfunción eréctil para tratar la disfunción eréctil, dado que ambas corresponden a la misma clasificación farmacológica de medicinas para tratar la disfunción eréctil;
 16. Productos envasados o a granel que contienen productos de venta libre y que están disponibles como productos de una sola entidad (por ejemplo, Noxipak, Dermacinrx, etc.).

Las limitaciones y exclusiones generales del Plan rigen sobre el Programa de Medicinas Recetadas. Consulte la sección 5 para acceder a una lista completa de las exclusiones del Plan.

Información importante sobre el Programa de Medicinas Recetadas

1. La Lista de Medicinas Preferidas (Preferred Drug List, PDL) se actualiza y está sujeta a cambios con frecuencia trimestral. De acuerdo con el contrato, CVS Caremark tiene plena autoridad sobre el desarrollo de la PDL; por lo tanto, la DSGI no puede exigir la inclusión de medicinas específicas.
2. Alternativas genéricas: Las medicinas de marca recetadas para las cuales existen equivalentes genéricos serán automáticamente reemplazadas, a menos que el médico que elaboró la receta indique "dispense as written" o "DAW" (suministrar exactamente la medicina indicada). Por lo general, aun si la receta señala que se debe suministrar la medicina indicada, CVS Caremark se comunicará con el médico para preguntarle si la medicina de marca se puede reemplazar por un equivalente genérico.
3. Solo el médico que elaboró la receta o un agente autorizado por el médico pueden autorizar cambios o realizar aclaraciones sobre una receta. Se pueden obtener autorizaciones de forma verbal o por escrito. Si CVS Caremark no puede comunicarse con el médico o con un agente autorizado del médico, la receta se podrá devolver al asegurado sin surtir la medicina.
4. Las sucursales de CVS Caremark, que admiten pedidos por correo, solo reemplazarán medicinas de marca por medicinas genéricas que han recibido la calificación "A" o "AB" de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Las farmacias minoristas pueden optar por surtir medicinas con una calificación diferente de la FDA.
5. Determinadas medicinas, incluida la mayoría de las medicinas especializadas o biotecnológicas, solo están disponibles a través de la farmacia CVS Specialty. Por lo general, estos medicamentos son para tratar trastornos genéticos o crónicos, entre ellos, la esclerosis múltiple, la deficiencia de la hormona del crecimiento y la artritis reumatoide, y pueden requerir opciones de entrega especiales, como la entrega con control de temperatura. El médico que elaboró su receta puede comunicarse con la farmacia CVS Specialty llamando al (800) 237-2767. Usted puede decidir cómo obtener su medicina: se la pueden enviar a una dirección indicada por usted, como su hogar o el consultorio de su médico, o la puede recoger en la farmacia minorista local de CVS, incluidas aquellas ubicadas en tiendas Target.
6. CVS Caremark podrá comunicarse con el médico que elaboró la receta cuando se presenta una receta para una medicina de marca no preferida y está disponible una medicina preferida equivalente en términos terapéuticos. Si el médico o un agente autorizado del médico autorizan el reemplazo por la medicina preferida, CVS Caremark surtirá la medicina alternativa y le entregará una notificación por escrito sobre el cambio al asegurado.
7. En caso de que la dosis recetada difiera de la dosis recomendada por la FDA o los lineamientos del fabricante, CVS Caremark se comunicará con el médico que elaboró la receta. La dosis consiste en la cantidad de unidades, la concentración de dichas unidades y el plazo durante el cual deberá tomar la medicina. Si el médico o un agente autorizado del médico autorizan la modificación de la dosis, CVS Caremark cambiará la dosis, surtirá la nueva dosis y le entregará una notificación por escrito sobre el cambio al afiliado.
8. Durante el proceso de revisión de la receta, se revisará su historial de medicinas recetadas surtidas a través de pedidos por correo y farmacias minoristas, su edad, alergias autodiagnosticadas y estados de enfermedades autodiagnosticadas,

junto con las indicaciones de la FDA sobre la medicina y los lineamientos del fabricante, para determinar si existen interacciones, efectos secundarios o contraindicaciones. CVS Caremark se comunicará con el médico que elaboró la receta, en caso de que se identifiquen dudas, conflictos o problemas. CVS Caremark podrá comunicarse con el médico que elaboró la receta si se identifican señales de fraude o uso excesivo. Si el médico o un agente autorizado del médico autorizan cambios, CVS Caremark modificará la receta en consecuencia, surtirá la medicina como corresponda y le entregará una notificación por escrito sobre el cambio al asegurado.

9. En el caso de los pedidos por correo, CVS Caremark se comunicará con el médico que elaboró la receta para verificar su contenido, en caso de que sea ilegible, presente dos variedades de tinta o caligrafía, o esté alterada de cualquier modo. Si CVS Caremark no puede comunicarse con el médico o con un agente autorizado del médico, se le devolverá la receta al asegurado sin surtirle la medicina.
10. No se surtirán medicinas recetadas para tratar afecciones con indicaciones no aprobadas o usos distintos del preestablecido, en caso de que no se pueda demostrar que su uso será seguro y eficiente para el tratamiento de la afección, sobre la base de la bibliografía médica más recientemente publicada en los Estados Unidos, Canadá o Gran Bretaña, o del uso de metodologías o prácticas estadísticas científicas, médicas o de salud pública generalmente aceptadas.
11. Se debe haber consumido el 75 % de la receta o el surtido anterior, en caso de que se utilice como se indicó, antes de que se inicie el procesamiento de un nuevo surtido.
12. Los pedidos por correo recibidos dentro de los 90 días que se consideran "demasiado pronto para el surtido", de acuerdo con el párrafo anterior, se conservarán y se surtirán cuando sean elegibles para el surtido. Puede consultar la etiqueta de su medicina para conocer la próxima fecha en la que estará disponible el surtido o, en caso de que la receta se surta a través del pedido por correo, puede ingresar a www.Caremark.com para conocer la próxima fecha en la cual estará disponible el surtido para el pedido por correo.
13. La farmacia CVS Specialty administra el Programa de Gestión de Medicinas Especializadas de este Plan. Este Programa tiene como fin optimizar los resultados y fomentar el uso seguro, clínicamente apropiado y rentable de las medicinas especializadas, con el respaldo de los lineamientos médicos basados en la evidencia. Si no se cumplen los criterios de este Programa durante la revisión de la cobertura, se le denegará la cobertura de la

medicina al participante del Plan y se interrumpirá la cobertura de su medicina.

El Programa de Gestión de Medicinas Especializadas es un proceso por medio del cual se obtiene la autorización para una medicina especializada, sobre la base de la implementación de los lineamientos médicos aceptables en la actualidad y las declaraciones de consenso sobre el uso adecuado de la medicina en un estado específico de la enfermedad. Las terapias revisadas por este Programa incluyen las siguientes, entre otras: esclerosis múltiple, oncología, asma alérgica, deficiencia de la hormona del crecimiento humano, hepatitis C, psoriasis, artritis reumatoide y virus sincitial respiratorio. Es posible que se agreguen terapias adicionales ocasionalmente. Para obtener información adicional sobre medicinas especializadas o para saber si su medicina se encuentra en esta categoría, llame a la línea gratuita de Atención al cliente de CVS Caremark, al (888) 766-5490. También puede llamar a esta línea para consultar sobre el uso rentable de medicinas especializadas respaldadas por lineamientos médicos basados en la evidencia. Si no se cumplen los criterios de este Programa durante la revisión de la cobertura, se le denegará la cobertura de la medicina al participante del Plan y se interrumpirá la cobertura de su medicina.

NOTA IMPORTANTE

Es posible que algunas medicinas especializadas califiquen para programas externos de asistencia para el copago, incluidos los cupones de copago del fabricante, que reducirán los costos de su bolsillo para adquirir la medicina especializada. Si usa dichas asistencias externas para el copago para adquirir su medicina especializada, no recibirá un crédito con respecto al deducible anual, el máximo anual de coseguro de su bolsillo, o el máximo anual global dentro de la red de su bolsillo para copagos o coseguros sobre los cuales se aplicó un cupón o descuento del fabricante.

Sección 10: Información sobre elegibilidad y afiliación

¿Quiénes son elegibles para participar en este Plan?

Usted y sus dependientes elegibles posiblemente estén cubiertos por un solo plan de salud del estado de Florida.

Empleados activos

Para ser elegible para participar en el Plan, debe ser un empleado a tiempo completo o parcial, según se define en los apartados (c) y (f) de la sección 110.123(2) de los Estatutos de Florida.

La elegibilidad para el Plan se determina según la naturaleza del puesto de un empleado: servicio profesional remunerado, servicios seleccionados exentos, o servicio de gestión sénior. En el caso de los puestos correspondientes a otros servicios personales, se tendrán en cuenta las horas de servicio previstas del empleado.

Los empleados estatales a tiempo completo

son elegibles para participar en el Plan. Se trata de empleados que prestan servicios profesionales remunerados, servicios seleccionados exentos, servicios de gestión sénior u otros servicios personales, y que deben trabajar un promedio de 30 horas por semana o más.

Los empleados estatales a tiempo parcial son elegibles para participar en el Plan. Se trata de empleados que prestan servicios profesionales remunerados, servicios seleccionados exentos o servicios de gestión sénior y trabajan menos de 30 horas por semana. Los empleados en estos puestos son elegibles para participar en el Plan, pero pagan una parte prorrateada de la prima del empleador.

Los empleados que prestan otros servicios personales y trabajan menos de 30 horas por semana en promedio no son elegibles para participar en el Plan.

Los trabajadores por temporadas en puestos de otros servicios personales no son elegibles para participar en el plan. Estos empleados se desempeñan en puestos para los cuales el empleo habitual anual es de seis meses y comienza, aproximadamente, en la misma parte del año todos los años, como verano o invierno.

La elegibilidad para el plan, inicialmente, se determina en el punto de contratación. Para empleados que prestan otros servicios personales y, en términos razonables, no se prevé que trabajen 30 horas por semana o más; la elegibilidad para los años subsiguientes del plan se determina utilizando un método de medición retrospectivo.

El método de medición retrospectivo que abarca 12 meses se divide en tres períodos diferentes:

1. Período de medición: se cuentan las horas de servicio para determinar la elegibilidad para el Plan.

a. Período de medición inicial: si usted es un empleado que presta otros servicios personales y, en términos razonables, se espera que trabaje al menos 30 horas por semana al momento de la contratación, se medirán sus horas de servicio desde el primer día del mes posterior a su fecha de contratación hasta el último día del 12.º mes de empleo.

Por ejemplo: Supongamos que usted es contratado el 5 de octubre de 2017. Su período de medición inicial abarca desde el 1.º de noviembre de 2017 hasta el 31 de octubre de 2018. Si sus horas trabajadas durante el período de medición inicial son, en promedio, 30 o más por semana, usted será elegible para afiliarse al Plan, con fecha de entrada en vigor el 1.º de diciembre de 2018.

Si usted es un empleado que presta otros servicios personales y pasa a esperarse, en términos razonables, que trabaje 30 horas o más por semana durante el período de medición inicial, en ese momento pasará a ser elegible para participar en el Plan.

b. Período de medición con afiliación abierta: si usted fue empleado durante el tiempo suficiente para trabajar durante la totalidad del período de medición, se considerará como empleado continuo. Sus horas de servicio se medirán durante el período de medición con afiliación abierta. Este período abarca desde el 3 de octubre hasta el siguiente 2 de octubre de cada año y determinará su elegibilidad para el Plan, para el año del plan siguiente al período de medición.

Si usted es un empleado que se espera, en términos razonables, que trabaje un promedio de 30 horas o más por semana tras su contratación, será elegible para afiliarse al Plan. La elegibilidad para el Plan continuará hasta que se vuelvan a medir sus horas durante el siguiente o segundo período de medición con afiliación abierta (dependiendo de la fecha de contratación), para determinar la elegibilidad para el Plan para el siguiente año del plan. Si en el momento de contratación inicial usted era un empleado que prestaba otros servicios personales y no trabajaba a tiempo completo pero pasa a esperarse, en términos razonables, que trabaje 30 horas o más por semana durante el período de medición con afiliación abierta, en ese momento pasará a ser elegible para participar en el Plan.

Por ejemplo: Supongamos que usted es contratado el 5 de enero de 2017, para cubrir un puesto en el que presta otros servicios

personales, y se espera que trabaje, en promedio, al menos 30 horas por semana. Usted será elegible para afiliarse al Plan a partir de su contratación y continuará siendo elegible para el Plan hasta el 31 de diciembre de 2018. Luego se realizará la medición el 3 de octubre de 2018, con una mirada retrospectiva hacia el período de 12 meses anterior, para determinar si trabajó, por lo menos, 30 horas por semana. Su elegibilidad para el año del plan 2019 dependerá de si trabajó, en promedio, 30 horas o más por semana durante el período de medición de 12 meses o si su empleador espera, en términos razonables, que usted trabaje 30 horas por semana o más.

2. **Período de estabilidad:** es posterior al período de medición. Si usted es un empleado que presta otros servicios personales, las horas de servicio durante el período de medición determinarán si usted es un empleado a tiempo completo elegible para gozar de la cobertura durante el período de estabilidad. Si usted es un empleado a tiempo completo durante el período de estabilidad, su elegibilidad quedará "bloqueada" durante el período de estabilidad, independientemente de la cantidad de horas que trabaje durante ese período, siempre que continúe siendo empleado del estado de Florida. Sin embargo, si usted es un empleado que presta otros servicios personales pero no trabaja a tiempo completo y pasa a esperarse, en términos razonables, que trabaje 30 horas o más por semana durante el período de estabilidad, en ese momento pasará a ser elegible para participar en el Plan. Para los empleados continuos, el período de estabilidad dura 12 meses consecutivos.
3. **Período administrativo:** tiempo comprendido entre el período de medición y el período de estabilidad, en el cual se llevan a cabo tareas administrativas, como determinar la elegibilidad para la cobertura y facilitar la afiliación al plan. Si se determina que usted es elegible, se le enviará por correo un paquete de beneficios que especifica sus opciones disponibles, costos y fechas de entrada en vigor, a la dirección postal que consta en el sistema de registros de People First.

Las reglas del método de medición retrospectivo son complejas; aquí solo se incluye una descripción general del funcionamiento de dichas reglas. Es posible que en su situación se implementen reglas más complejas. El estado de Florida tiene la intención de seguir las regulaciones finales correspondientes del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), incluidos los lineamientos futuros del IRS, al administrar el método de medición retrospectivo. Si tiene preguntas sobre este método de medición y sobre cómo se implementa en su caso, llame a Atención al cliente de People First, al (866) 663-4735, los días de semana, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del este.

Jubilados

Si usted fue funcionario estatal o empleado estatal, será elegible para el Plan en los siguientes casos:

1. Si usted se jubila bajo el sistema de jubilación del estado de Florida, una renta vitalicia opcional del estado o un programa de jubilación estatal, o si se jubila por una discapacidad bajo el sistema de jubilación del estado de Florida, siempre que haya estado cubierto por el Plan en el momento de su jubilación y comience a recibir beneficios jubilatorios inmediatamente a partir de su jubilación.
2. Si se jubila bajo el Plan de Inversiones del Sistema de Jubilación de Florida y cumple los siguientes requisitos: (i) tiene la edad y el servicio exigidos para la jubilación normal según se establece en la sección 121.021(29) de los Estatutos de Florida, o alcanzó la edad especificada en la sección 72(t)(2)(A)(i) del IRS, y cumplió seis (6) años de servicios acreditables; (ii) toma una distribución inmediata; y (iii) mantuvo la cobertura continua del Plan desde la desvinculación del empleo hasta la recepción de su distribución, o
3. se jubiló antes del 1.º de enero de 1976, bajo el sistema de jubilación de cualquier estado, y no es elegible para recibir beneficios del Seguro Social.

Si no continúa su cobertura del seguro de salud tras su jubilación, no se le permitirá elegir el seguro de salud estatal en una fecha posterior como jubilado.

Si es jubilado y regresa al empleo activo como equivalente de tiempo completo u otros servicios personales y no está inscrito en el Plan en el momento de su jubilación, se lo inscribirá automáticamente en la cobertura del seguro de salud para empleados activos. Luego, cuando finalice el empleo o regrese a su condición de jubilado se le permitirá continuar con la cobertura para jubilados, en caso de que haya tenido una cobertura continua.

Dependientes elegibles para la cobertura

Si usted es elegible para el Plan, puede cubrir a sus dependientes elegibles seleccionando la cobertura familiar. Los dependientes elegibles son los siguientes:

1. su cónyuge legal;
2. sus hijos biológicos, adoptados legalmente o asignados a su hogar para la adopción, de acuerdo con el capítulo 63 de los Estatutos de Florida;
3. sus hijastros, en caso de que aún esté casado con su padre o madre;
4. sus hijos de acogida;
5. sus hijos sobre los cuales posee la tutela legal, según el capítulo 744 de los Estatutos de Florida, o los hijos solteros sobre los cuales un tribunal le concedió una custodia temporal o de otro tipo;
6. sus hijos con una orden de manutención médica calificada que le exige que les brinde cobertura;

7. un recién nacido dependiente de un dependiente cubierto, es decir, un recién nacido, hijo de un dependiente, mientras este último está cubierto por el Plan. El recién nacido se debe incorporar a la cobertura dentro de los 60 días posteriores al nacimiento. La cobertura estará vigente durante hasta 18 meses, o hasta que el dependiente cubierto pierda su cobertura;
8. los hijos elegibles de su cónyuge superviviente;
9. los hijos de funcionarios del orden público, de libertad condicional o de instituciones correccionales que fueron asesinados en ejercicio de sus funciones y asisten a la universidad, tras haber cumplido 18 años.

Es posible que se le solicite que brinde documentación que confirme la elegibilidad de sus dependientes. Si no brinda documentación suficiente para verificar la elegibilidad de sus dependientes, tal como se solicita, es posible que se ponga fin a la cobertura de sus dependientes. Usted o sus dependientes serán responsables de los costos de primas por un nivel de cobertura superior (familiar, en vez de individual) y del reembolso de servicios médicos o de recetas cubiertos por el Plan, cuando los dependientes se consideraban elegibles pero finalmente se determinó que no eran elegibles.

Requisitos de elegibilidad para dependientes

De acuerdo con la parte 60P del Código Administrativo de Florida (Florida Administrative Code), los hijos deben satisfacer los siguientes requisitos de elegibilidad para ser cubiertos por el Plan:

1. Gozarán de la cobertura desde el nacimiento hasta el fin del año calendario en el que cumplen 26 años.
2. Sus hijos solteros de entre 26 y 30 años que no cumplan los criterios anteriores serán elegibles para continuar la cobertura o afiliarse a ella como dependientes mayores de la edad establecida, en los siguientes casos:
 - a. si no tienen hijos dependientes;
 - b. si son residentes de Florida o alumnos a tiempo completo o parcial;
 - c. si no tienen otro seguro de salud.

Esta cobertura de salud para su dependiente mayor de la edad establecida es individual; sin embargo, tanto usted como dicho dependiente deben estar afiliados a este Plan. La cantidad de apoyo financiero que usted brinde determinará si las primas son anteriores o posteriores al pago de impuestos. En otras palabras, su apoyo financiero determinará si la prima por la cobertura se deducirá de su sueldo antes del pago de impuestos o si la debe enviar por correo después del pago de impuestos. Puede llamar al Centro de Atención al cliente de People

First para obtener más información.

3. Sus hijos solteros con discapacidades físicas o intelectuales son elegibles para continuar con la cobertura hasta los 26 años, en los siguientes casos:
 - a. si se afilian al Plan antes de cumplir 26 años;
 - b. si una discapacidad intelectual o física les impide conservar un empleo;
 - c. si la documentación exigida que respalda la discapacidad física o intelectual fue revisada y confirmada por Florida Blue, antes del cumpleaños número 26;
 - d. si dependen esencialmente de usted para recibir cuidado y apoyo financiero.

Si tiene un hijo mayor de 26 años con una discapacidad intelectual o física que satisface los criterios de elegibilidad que anteceden en el momento en que usted se afilia por primera vez al Programa de Seguro Grupal del Estado (State Group Insurance Program), podrá afiliarlo al Plan.

El médico tratante debe brindar la documentación que respalda la discapacidad física o intelectual de su hijo. Envíe la documentación a Florida Blue P. O. Box 2896, Jacksonville, FL 32232-0079, para su revisión y confirmación. La condición de discapacitado se verificará cada cinco años. Si no responde o no se satisfacen los requisitos de discapacidad, su hijo dependiente será desafiliado y esto podrá causar que las primas familiares no sean reembolsables, en caso de que el dependiente desafiliado sea el único dependiente de su cobertura.

Cuando sus dependientes dejen de cumplir los requisitos de elegibilidad, sus coberturas finalizarán el último día del mes en el que pasan a ser inelegibles, a menos que se indique algo diferente más arriba. Si sus dependientes pasan a ser inelegibles para la cobertura, ingrese al sitio web de People First para quitarlos del Plan o llame al Centro de Atención al cliente de People First, al (866) 663-4735. El horario de atención del Centro es de 8:00 a. m. a 6:00 p. m, hora del este.

En caso de divorcio, tiene 60 días, incluida la fecha de divorcio, para presentar la sentencia final de divorcio ante People First. Si no informa a People First sobre el divorcio de manera oportuna, usted será responsable de reembolsar al Plan las reclamaciones realizadas por dependientes inelegibles (por ejemplo, ex cónyuge, ex hijastros) o de pagar las primas de continuación de la cobertura de COBRA correspondientes a los meses en que los dependientes inelegibles gozaron de la cobertura.

Cuándo se suspende la cobertura

Si usted es un empleado, la cobertura del Plan se suspenderá el último día del mes en el que no realice la contribución requerida por la cobertura. Su cobertura solo se reinstaurará cuando People First reciba la suma total adeudada, realice la transferencia (pago de la

contribución) a su cuenta e informe a Florida Blue y CVS Caremark sobre la restitución.

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura del Plan finalizará en los siguientes momentos:

1. cuando finalice su empleo, pero, dado que las primas de empleados activos se pagan un mes antes, la cobertura finalizará el último día del mes siguiente al mes en que finaliza el empleo;
2. el último día del mes en el que no realiza las contribuciones requeridas para la cobertura, incluidos los meses en los que fue suspendido temporalmente del empleo;
3. cuando se miden sus horas de servicio y ya no cumple los requisitos que se describen en esta sección;
4. el último día del mes en el que vuelve a contraer matrimonio, en caso de tener cobertura como cónyuge superviviente de un empleado o jubilado.

Si su cónyuge está afiliado como su dependiente cubierto, la cobertura del cónyuge bajo el Plan finalizará el último día del mes en el cual suceda lo siguiente:

1. finaliza su cobertura;
2. su cónyuge vuelve a contraer matrimonio tras la muerte de usted (consulte el apartado "Cobertura del cónyuge superviviente" en esta sección para obtener más información);
3. usted y su cónyuge se divorcian.

La cobertura de sus hijos dependientes finalizará en los siguientes momentos:

1. el último día del mes en que finaliza su cobertura;
2. al final del año calendario en el que cumplen 26 años (o 30, en el caso de dependientes mayores de la edad establecida);
3. el último día del mes en el que sus hijos dejan de satisfacer la definición de un dependiente elegible.

Oportunidades de afiliación

Para que pueda comenzar la cobertura del Plan, usted se debe afiliar. Puede seleccionar sus beneficios dentro de los siguientes plazos:

1. cuando es contratado como empleado nuevo, dentro de los 60 días;
2. cuando se produce un evento que modifica la condición de elegible (qualifying status change, QSC), dentro de los 60 días, a menos que se indique algo diferente;
3. durante el período de afiliación abierta;
4. si es un cónyuge superviviente;
5. si usted y su cónyuge trabajan para el estado de Florida.

Opción 1: Contratación como empleado nuevo

Si usted es un empleado a tiempo parcial o completo recientemente contratado, tiene 60 días a partir de la fecha de contratación para afiliarse al Plan. Puede afiliarse en línea, en <https://peoplefirst.myflorida.com>. Si no se afilia dentro de los 60 días de su fecha de contratación, solo podrá afiliarse durante el siguiente período de afiliación abierta, o si sufre un evento QSC. Elija sus opciones con detenimiento. Una vez que tome una decisión, no podrá realizar cambios hasta el siguiente período de afiliación abierta, a menos que sufra un evento QSC apropiado.

Su cobertura comienza el primer día del mes posterior al mes en el que el costo o la prima de la cobertura de un mes completo se dedujo de su sueldo o fue recibida por People First. La cobertura siempre comenzará el primer día de un mes y continuará durante el resto del año calendario, siempre que las primas se paguen de forma puntual y usted continúe siendo elegible.

Por ejemplo: Supongamos que usted es contratado el 20 de julio. Si People First recibe su información afiliatoria antes del 1.º de agosto, su cobertura comenzará el 1.º de septiembre, luego de que se haya deducido de su sueldo la prima correspondiente a un mes completo. Sin embargo, puede elegir una fecha de entrada en vigor anterior, como el 1.º de agosto, siempre que pague la prima correspondiente al mes completo mediante cheque.

Opción 2: Evento que modifica la condición de elegible (QSC)

Si sufre un evento que modifica su condición de elegible, tendrá 60 días (a menos que se indique algo diferente) a partir de la fecha del evento para modificar sus beneficios; por ejemplo, para afiliarse, sustituir la cobertura individual por una familiar o agregar dependientes. Debe presentar toda la información exigida ante People First. Los eventos QSC incluyen, entre otras cosas, lo siguiente:

1. matrimonio o divorcio;
2. muerte de un dependiente;
3. nacimiento o adopción;
4. custodia legal;
5. cambio en la elegibilidad de un dependiente;
6. cambio en la condición de empleo suya o de sus dependientes, que tiene como resultado la obtención o pérdida de la elegibilidad para la cobertura grupal.

Si sufre un evento QSC y desea modificar sus beneficios, debe hacer lo siguiente:

1. Realice el cambio en línea en el sitio web de People First, dentro de los 60 días posteriores al evento. Si su evento QSC específico no está en la lista, llame al Centro de Atención al cliente de People First o

complete todos los formularios para autorizar el cambio. El Centro de Atención al cliente de People First debe recibir todos los formularios de inscripción requeridos dentro de los 60 días posteriores al evento QSC. Si su formulario llega después de 60 días, se denegará la solicitud de cambio de beneficios y usted no podrá hacer cambios hasta el siguiente período de afiliación abierta.

2. Es posible que se le solicite que presente la documentación de respaldo ante People First (por ejemplo, licencia de matrimonio, certificado de nacimiento, sentencia de divorcio, etc.) antes de que se procese el cambio.

Nota: Para realizar un cambio en la afiliación sobre la base de un evento QSC, la ley federal exige que el evento tenga como resultado la obtención o pérdida de elegibilidad para la cobertura y que se cumplan reglas de consistencia general. Por ejemplo, si tiene una cobertura de seguro de salud familiar y se divorcia y deja de tener dependientes, puede cambiar su cobertura familiar por una individual. Sin embargo, no puede cancelar la afiliación al seguro de salud porque el evento QSC solo modifica la elegibilidad para un nivel de cobertura. La cancelación no sería consistente con la naturaleza del evento QSC.

Si se afilia a sí mismo o si afilia a dependientes elegibles durante el año, como consecuencia de un evento QSC, la cobertura comenzará el primer día del mes posterior al mes en el que el costo o la prima de la cobertura correspondiente a un mes completo se dedujo de su sueldo o fue recibida por People First. La cobertura siempre comenzará el primer día de un mes y continuará durante el resto del año calendario, siempre que las primas se paguen de forma puntual y usted continúe siendo elegible.

Motivos importantes por los cuales llamar a People First

Existen varios eventos importantes que pueden afectar a la cobertura de su Plan. Debe llamar a People First de inmediato en los siguientes casos:

1. usted es eliminado de la nómina salarial por cualquier motivo;
2. usted o sus dependientes pasan a ser elegibles para Medicare;
3. usted o sus dependientes comienzan a gozar de la cobertura de otro plan de salud del estado de Florida;
4. cambia su dirección postal;
5. sus dependientes pasan a ser inelegibles para la cobertura;
6. su cónyuge pasa a ser empleado del estado o deja de serlo.

Opción 3: Afiliación abierta

El período de afiliación abierta, que tiene lugar en el otoño, le brinda la oportunidad de revisar las opciones de beneficios del plan y de hacer cambios para el siguiente año del plan, que abarca desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre. Los cambios que pueden hacer incluyen, entre otras cosas: modificar el plan de salud (puede pasar de este Plan a un plan HMO, en caso de que esté disponible en su área), agregar o eliminar dependientes elegibles o cancelar la cobertura. Todos los beneficios que elija en este momento entrarán en vigor el 1.º de enero del siguiente año calendario. Todos los cambios que realice permanecerán vigentes durante la totalidad del año calendario, en caso de que pague sus primas de forma puntual y siga siendo elegible, a menos que haga cambios debido a un evento que modifica la condición de elegible.

Opción 4: Programa para Cónyuges

Si usted y su cónyuge son empleados estatales activos, son elegibles para gozar de una cobertura del seguro de salud a una prima mensual reducida. Debe seguir estos pasos para inscribirse en el Programa para Cónyuges:

1. Usted y su cónyuge deben completar y firmar el formulario de elección del Programa para Cónyuges en www.myBenefits.myFlorida.com e incluir a todos los dependientes elegibles.
2. Deben adjuntar una copia de la licencia de matrimonio al formulario de elección del Programa para Cónyuges antes de enviarlo al Centro de Atención al cliente de People First. Recuerden incluir su número de identificación de People First en cada página.
3. Usted y su cónyuge se deben afiliar al mismo plan de salud.
4. Además, deben aceptar informar al Centro de Atención al cliente de People First de inmediato cuando pierdan la elegibilidad para el Programa para Cónyuges. Los empleados pasarán a ser inelegibles para el Programa para Cónyuges en los siguientes casos:
 - a. si uno o ambos dejan de ser empleados del estado;
 - b. si se divorcian;
 - c. si uno o ambos se jubila(n).

Es su responsabilidad informar al Centro de Atención al cliente de People First si pasan a ser inelegibles para el Programa para Cónyuges. Si no informan al Centro de Atención al cliente de People First sobre su inelegibilidad para el programa dentro del plazo de 60 días, serán responsables en términos financieros de las reclamaciones médicas o de medicinas recetadas y de las primas que el estado haya pagado durante el tiempo en el cual no eran elegibles. Además, es posible

que deban pagar un nivel de cobertura mayor al que necesitan; por ejemplo, se les puede exigir el pago de una cobertura familiar en vez de individual. El Centro de Atención al cliente de People First incorporará dependientes cubiertos al plan del cónyuge principal, a menos que usted indique algo diferente.

Opción 5: Cónyuge superviviente

Los cónyuges supervivientes también son elegibles para gozar de la cobertura. El término "cónyuge superviviente" hace referencia al viudo o viuda de las siguientes personas:

1. un funcionario estatal o empleado o jubilado estatal fallecido, en caso de que su cónyuge haya gozado de la cobertura como dependiente en el momento del deceso;
2. un empleado o jubilado que falleció antes del 1.º de julio de 1979;
3. una persona que se jubiló antes del 1.º de enero de 1976, bajo cualquier sistema de jubilación estatal, y que no es elegible para los beneficios del Seguro Social.

El cónyuge superviviente y sus dependientes (de haberlos) deben haber estado cubiertos por el participante en el momento de su deceso. Para afiliarse, el cónyuge superviviente tiene 60 días para informar al Centro de Atención al cliente de People First sobre el deceso, y 31 días para afiliarse tras la recepción del paquete de afiliación. La cobertura comenzará a regir de manera retroactiva, tras la recepción del formulario de afiliación y las primas al día. La cobertura debe comenzar el primer día del mes posterior al último mes de la cobertura de la persona fallecida; es decir, la cobertura no se podrá interrumpir.

La cobertura para cónyuges supervivientes y dependientes cubiertos finalizará el primer día del mes siguiente a la celebración de un nuevo matrimonio; sin embargo, son elegibles para la continuación de la cobertura por medio de COBRA, por un tiempo limitado.

Continuación de la cobertura

Licencia por motivos médicos y familiares y licencias con protección del empleo

Esta disposición es administrada por cada agencia de empleo, al igual que cualquier otra licencia, ya sea con o sin goce de sueldo. Esta sección se incluye con fines informativos únicamente. Cada agencia de empleo podrá administrar las licencias por motivos médicos o familiares de forma diferente. Comuníquese con la oficina de personal o con People First para obtener información precisa con respecto a esta disposición.

Como empleado, es posible que la Ley federal de Licencias por Motivos Médicos y Familiares (Family and

Medical Leave Act, FMLA) contemple su derecho a utilizar una licencia de 12 semanas laborales sin goce de sueldo y con protección del empleo en cualquier período de 12 meses. Es posible que sea elegible si trabajó para el estado de Florida durante, al menos, un año, y durante 1,250 horas en los últimos 12 meses. La licencia estará disponible para el nacimiento y cuidado de un recién nacido, la colocación de un hijo en adopción o cuidado de acogida, una enfermedad grave que afecta a un familiar (hijo, cónyuge o padre) o una enfermedad personal grave.

Además, la FMLA contempla una licencia especial sin goce de sueldo con protección del empleo de hasta 12 semanas, en caso de que un familiar esté en servicio militar activo y de hasta 26 semanas, si dicho familiar resulta herido durante el servicio militar.

Como participante del Plan, cuando usted utilice una licencia autorizada de la FMLA, tendrá la opción de continuar gozando de sus beneficios de salud en los mismos términos y condiciones que regían inmediatamente antes de que se tome la licencia. El estado de Florida continuará pagando su parte de la prima (de haberla) durante la totalidad de la licencia de la FMLA. Usted continuará siendo responsable de su parte de la prima (de haberla). People First recaudará los pagos de primas. Usted y sus dependientes elegibles seguirán gozando de la cobertura de este Plan durante la licencia de la FMLA, como si usted continuara trabajando, siempre que se paguen las primas.

Además, según las leyes del estado de Florida, determinados empleados serán elegibles para una extensión de hasta seis meses de la licencia por motivos de paternidad o motivos médicos familiares con protección del empleo. Puede llamar a la oficina de personal en caso de que necesite más información. Si usted está de licencia autorizada por motivos de paternidad o motivos médicos familiares, su empleador continuará pagando su parte de la prima (de haberla) durante hasta seis meses de licencia sin goce de sueldo. Su cobertura se mantendrá hasta que usted regrese a trabajar, siempre y cuando se paguen las primas.

Si usted cancela este Plan mientras goza de una licencia de cualquiera de estos tipos y luego regresa a trabajar antes de que finalice la licencia o cuando esta finalice, usted y sus dependientes elegibles podrán afiliarse al Plan, independientemente de las condiciones preexistentes que surjan durante la licencia con protección del empleo, siempre que cancele su cobertura dentro de los 60 días del comienzo de la licencia.

Si no cancela la cobertura dentro de los 60 días del comienzo de la licencia y su cobertura se cancela posteriormente debido a la falta de pago, solo podrá afiliarse durante el siguiente período de afiliación abierta.

Continuación de la cobertura al ser eliminado de la nómina salarial

En caso de haber sido eliminado de la nómina salarial por cualquiera de estos motivos, puede continuar gozando de la cobertura del Plan:

1. licencia autorizada sin goce de sueldo;
2. suspensión;
3. suspensión temporal;
4. licencia por discapacidad de acuerdo con la Ley de Indemnización de los Trabajadores (Workers' Compensation);
5. empleo por menos de un año;
6. licencia por motivos militares.

Para continuar gozando de la cobertura mientras no forma parte de la nómina salarial, debe pagar su parte de la prima con un cheque personal o giro de dinero. Es posible que se le exija que pague el costo total de la prima, es decir, su parte y la parte del estado, dependiendo del motivo por el cual fue eliminado de la nómina salarial. Comuníquese con People First para obtener más información. Las reglas para la continuación de la cobertura se establecen en la regulación estatal incluida en el Código Administrativo de Florida.

COBRA

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria se abrevia COBRA. De acuerdo con COBRA, usted puede continuar con la cobertura de atención médica que, de lo contrario, finalizaría por la inelegibilidad de los dependientes y la finalización voluntaria o involuntaria del empleo por motivos distintos a faltas graves. También puede continuar la cobertura que de lo contrario finalizaría por no haber regresado a trabajar tras una licencia sin goce de sueldo contemplada por la Ley de Licencias por Motivos Médicos y Familiares. Esta continuación de la cobertura se puede conservar por hasta 18 meses. Debe pagar el costo correspondiente de la continuación de la cobertura. La prima mensual es del 102 % del costo de la cobertura.

Si usted o su dependiente resultan discapacitados de acuerdo con la Ley del Seguro Social en cualquier momento durante los primeros 60 días de la continuación de la cobertura bajo COBRA, es posible que esté disponible una extensión adicional de 11 meses de la cobertura, debido a la finalización del empleo o a la modificación en la condición de empleo. Para ser elegible para gozar de esta extensión por discapacidad, la persona discapacitada debe recibir una determinación de discapacidad del Seguro Social y notificar a People First dentro de los 60 días de la determinación. Tanto la determinación de discapacidad del Seguro Social como la notificación a People First deben realizarse antes de

que finalicen los 18 meses iniciales de la cobertura de COBRA. Los integrantes de la familia no discapacitados que reciban la cobertura de COBRA debido a la misma finalización del empleo o cambio en la condición del empleo que la persona discapacitada también son elegibles para la extensión por discapacidad. La prima mensual correspondiente a los 11 meses adicionales de cobertura será del 150 % del costo de la cobertura.

De acuerdo con COBRA, los cónyuges de empleados o sus hijos dependientes pueden optar por la continuación de la cobertura y conservarla durante hasta 36 meses, siempre que paguen los costos correspondientes, en caso de que sus coberturas de atención médica finalicen por los siguientes motivos:

1. muerte del empleado cubierto, ya sea en condición activa o durante una licencia aprobada;
2. divorcio o separación legal del empleado;
3. el empleado adquiere el derecho a gozar de la cobertura de Medicare.

Si tiene un hijo recién nacido o adopta un niño durante el tiempo en el cual goza de la continuación de la cobertura de acuerdo con COBRA, ese niño podrá afiliarse bajo la continuación de la cobertura. Al igual que sus demás dependientes, ese niño podrá conservar la continuación de la cobertura durante hasta 36 meses a partir de la fecha en que comenzó su cobertura de COBRA, en caso de que la cobertura, de lo contrario, hubiese finalizado debido a uno de los tres eventos descritos anteriormente.

Si incorpora un dependiente nuevo por matrimonio durante el tiempo en el cual goza de la continuación de la cobertura de COBRA, el nuevo dependiente podrá afiliarse bajo la continuación de la cobertura. Su nuevo cónyuge podrá conservar la continuación de la cobertura durante el tiempo en el que continúe la cobertura de COBRA que usted posee.

Los hijos dependientes cubiertos por el Plan también podrán optar por la continuación de la cobertura y conservarla durante hasta 36 meses, en caso de que la cobertura grupal finalice porque ya no califican como dependientes elegibles bajo el Plan.

Según COBRA, el empleado o cónyuge es responsable de notificar a People First sobre un divorcio, separación legal, muerte o pérdida de la condición de dependiente de un hijo de acuerdo con los términos del Plan. La notificación se debe realizar dentro de los 31 días posteriores al evento (60 días en caso de muerte). Las personas involucradas deben proporcionarle a People First sus direcciones postales actuales completas. Si no se recibe una notificación dentro de los 31 días a partir del evento, el dependiente no tendrá derecho a gozar de la continuación de la cobertura.

Tras la notificación, People First enviará un formulario de inscripción para la continuación de la cobertura de COBRA a la persona elegible, junto con una notificación sobre la prima. La persona elegible debe completar el formulario de afiliación y reenviarlo a People First dentro de los 60 días a partir de la primera de las siguientes fechas:

1. la fecha en la que finalizó la cobertura debido a uno de los eventos descritos anteriormente;
2. la fecha en la que recibió el formulario de parte de People First.

Si una persona no completa el formulario de elección de COBRA y lo entrega a People First dentro del período de 60 días, la cobertura finalizará en una de las siguientes fechas:

1. el último día del mes en el que tuvo lugar el evento que provocó la inelegibilidad para la cobertura (por ejemplo, un divorcio);
2. el último día del mes siguiente al mes en el que finalizó su empleo.

Si una persona elegible opta por la continuación de la cobertura de COBRA, el estado debe ofrecer una cobertura idéntica a la proporcionada a empleados en situaciones comparables.

La continuación de la cobertura de COBRA de una persona elegible finalizará en estos casos:

1. cuando el estado deje de brindar cobertura de salud grupal a los empleados;
2. cuando el pago de la continuación de la cobertura no se realice dentro del plazo límite o su cheque sea rechazado por fondos insuficientes;
3. cuando la persona posteriormente obtenga la cobertura de otro plan de salud grupal. Sin embargo, si el nuevo plan grupal excluye beneficios debido a una afección preexistente, podrá conservar la continuación de la cobertura de COBRA hasta que finalice el período de elegibilidad de COBRA o hasta que los límites para afecciones preexistentes del otro plan ya no rijan, lo que suceda primero;
4. cuando la persona posteriormente sea elegible para Medicare;
5. si el empleado pasa a ser elegible para Medicare antes de la finalización del empleo, la cobertura de otros dependientes cubiertos podrá continuar por 18 meses o por hasta 36 meses a partir de la fecha en la que el empleado pasó a ser elegible para Medicare, lo que sea más extenso;
6. cuando finalice el período de 18, 29 o 36 meses de COBRA.

Conversión de la cobertura del Plan de seguro de salud a una póliza privada

Si la cobertura del Plan finaliza, ya sea para usted o para sus dependientes elegibles, por motivos distintos de su elección de cancelar la cobertura o su incumplimiento del pago de su parte del costo de la prima, podrá cambiar su cobertura por una póliza privada. Debe presentar una solicitud por escrito ante Florida Blue y pagar la prima del primer mes dentro de los 63 días a partir de la fecha en que finalizó su cobertura grupal. Cuando cambie su cobertura, tendrá la póliza de conversión estándar de Florida Blue. Es posible que los beneficios ofrecidos por la póliza de conversión sean diferentes de los beneficios ofrecidos por el Plan PPO para empleados estatales.

Si elige la continuación de la cobertura de COBRA una vez que finaliza la cobertura de su Plan, puede optar por una póliza privada cuando finalice la cobertura de COBRA. En ese caso, debe presentar una solicitud por escrito y pagar la prima del primer mes dentro de los 63 días de la fecha en que finaliza su cobertura de COBRA. Para obtener información, comuníquese con Florida Blue, llamando al (800) 876-2227.

Continuación de los beneficios en caso de discapacidad

Si usted o su dependiente cubierto tiene una discapacidad total en el momento en que finaliza la cobertura de su Plan, el Plan continuará pagando los beneficios para los servicios cubiertos que están directamente relacionados con la discapacidad, si se cumplen las siguientes condiciones:

1. la discapacidad es resultado de una enfermedad o accidente cubierto;
2. el administrador de reclamaciones del Plan, Florida Blue, determina que usted o su dependiente elegible está totalmente discapacitado en el momento en el que finaliza la cobertura.

A los fines de esta continuación de beneficios, "totalmente discapacitado" significa lo siguiente:

1. En el caso de un empleado, se trata de una persona incapaz de realizar trabajos u ocupaciones para los cuales está razonablemente calificada y capacitada.
2. En el caso de un dependiente, jubilado o cónyuge superviviente, se trata de una persona incapaz de realizar la mayoría de las actividades habituales de una persona de la misma edad y sexo que goza de buena salud.

Esta extensión de los beneficios se brinda sin costo y podrá continuar en las siguientes condiciones:

1. mientras dure su discapacidad, hasta un máximo de 12 meses;

2. hasta que esté cubierto por otro plan que ofrece beneficios similares; lo que ocurra primero.

La cobertura de COBRA no estará disponible si se selecciona esta cobertura.

Extensión de beneficios en caso de rescisión del Plan

Si se rescinde el Plan, los beneficios se extenderán, únicamente, por los siguientes motivos:

1. Si usted está en el hospital cuando se rescinde el Plan, sus servicios cubiertos serán elegibles para el pago por 90 días a partir de la rescisión del Plan.
2. Si usted está embarazada cuando se rescinde el Plan, los beneficios por maternidad cubiertos se seguirán pagando durante el resto de su embarazo.
3. Si está recibiendo atención dental cubierta cuando se rescinde el Plan, los beneficios se seguirán pagando por 90 días a partir de la rescisión del Plan o hasta que esté cubierto por otra póliza que brinde cobertura para procedimientos dentales similares, siempre que la atención dental sea recomendada por escrito por su médico o dentista, y sea para el tratamiento de una enfermedad o lesión dental accidental. Tanto la enfermedad o lesión dental accidental como la recomendación del tratamiento deben tener lugar antes de la rescisión del Plan. Estos beneficios dentales extendidos no incluyen la cobertura de exámenes de rutina, profilaxis, radiografías, selladores, servicios de ortodoncia o atención dental no cubierta.

Sección 11: Cómo presentar una reclamación

Reclamaciones por gastos médicos

Proveedores dentro de la red

Cuando visita a un proveedor dentro de la red o a un proveedor fuera de la red participante en el Programa Tradicional, no es necesario que presente una reclamación. Esto incluye proveedores de la red PPCSM, del Programa BlueCard[®] y proveedores fuera de la red que forman parte del Programa Tradicional de Florida Blue, incluidos los proveedores PPS o PHS. El proveedor presentará la reclamación por usted y usted será responsable de pagar coseguros, deducibles, copagos y servicios no cubiertos. Las reclamaciones por servicios o suministros recibidos de un proveedor de la red se deben presentar dentro de los 16 meses posteriores a la fecha en que usted recibe los servicios o suministros. El administrador externo, Florida Blue, procesará la reclamación de acuerdo con los beneficios del Plan, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a la recepción. Florida Blue le enviará un reporte de beneficios que le brindará información importante sobre las reclamaciones médicas procesadas para usted y sus dependientes cubiertos durante los 21 días previos.

Proveedores fuera de la red

Si usted visita un proveedor fuera de la red, será responsable de presentar su propia reclamación. Su proveedor fuera de la red podrá optar por presentar la reclamación en su nombre. La reclamación se debe presentar dentro de los 16 meses posteriores al día en que recibió los servicios o suministros. Los beneficios se le pagarán directamente a usted o al proveedor al que asigne específicamente los beneficios, de acuerdo con la sección 627.638 de los Estatutos de Florida.

Es posible que se exija un testimonio escrito de la asignación de beneficios. Puede solicitar los formularios de reclamación médica a Florida Blue, llamando al (800) 825-2583, o ingresando a www.floridablue.com o www.floridablue.com/state-employees.

Para presentar la reclamación, siga estos pasos:

1. Complete toda la información del formulario de reclamación, como se indica.
2. Adjunte facturas originales al formulario de reclamación y asegúrese de que incluyan el nombre del paciente, la fecha, el lugar y la naturaleza del tratamiento, códigos de procedimientos y diagnóstico, y el nombre y número de identificación impositiva federal del médico.
3. Envíe la reclamación a la siguiente dirección:
Florida Blue
P.O. Box 2896
Jacksonville, FL 32232-0079

Si presentó un duplicado de la reclamación ante otro plan de seguro de salud o ante Medicare, incluya una copia de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) del otro plan en su formulario de reclamación.

Tenga en cuenta que cuando usa proveedores fuera de la red, es posible que sea responsable de los costos que exceden la cantidad permitida fuera de la red, así como del coseguro, deducibles, copagos y servicios no cubiertos.

Es posible que, en ocasiones, Florida Blue le solicite información adicional para procesar su reclamación. Usted es responsable de brindar la información adicional dentro de los 30 días de la recepción de la solicitud.

Reporte de beneficios

Usted recibirá una declaración denominada "reporte de beneficios" (Health Statement) o "reporte de beneficios del asegurado" (Member Health Statement) de parte de Florida Blue, todos los meses. El reporte de beneficios mensual reemplaza la "Explicación de beneficios" por reclamación e incluirá información específica sobre reclamaciones, para todas las reclamaciones procesadas dentro del período de la declaración (período de 21 días) para cada integrante de la familia. El reporte de beneficios mensual incluirá lo siguiente:

1. la suma que pagó este Plan;
2. los deducibles o copagos implementados en la reclamación;
3. la suma que el paciente debe pagar;
4. los motivos por los que se rechazó la reclamación, en caso de haber sido rechazada;
5. una descripción de la información adicional necesaria para completar la reclamación y por qué esa información es necesaria;
6. una explicación de los pasos que debe seguir si desea que Florida Blue revise el rechazo de una reclamación;
7. un resumen de los deducibles y sumas de su bolsillo correspondientes al año calendario actual;
8. sugerencias para una vida saludable y formas de ahorrar dinero.

Ausencia de terceros beneficiarios

El Plan PPO para empleados estatales fue establecido por el Estado y es administrado por la DSGI, exclusivamente, para el beneficio de los participantes afiliados al Plan. No habrá terceros con derechos o intereses en la cobertura o beneficios ofrecidos a través del Plan o descritos en este Manual del Plan y Documento de beneficios, ni habrá terceros con

derechos a exigirle al Estado, Departamento de Servicios Administrativos, la DSGI, Florida Blue o CVS Caremark el cumplimiento de un derecho establecido en el Plan como tercero beneficiario del Plan o de este Manual del Plan y Documento de beneficios, incluidos los derechos al pago de beneficios que se establecen en el presente.

Reclamaciones de medicinas recetadas

Farmacias participantes

Cuando usa una farmacia participante, no necesita presentar una reclamación. La reclamación se presentará de forma electrónica. Usted será responsable de su copago o coseguro, sujeto al deducible por año calendario, en caso de que corresponda a su Plan seleccionado.

Si usa su tarjeta de identificación para medicinas recetadas en una farmacia participante y paga de su bolsillo el costo total de la medicina, podrá presentar una reclamación para recibir un reembolso. Los beneficios bajo este Plan se reembolsarán según la tasa de reembolso negociada con la farmacia participante que, por lo general, será menor al precio en efectivo de la medicina recetada. Ejemplo: Usted paga \$100 de su bolsillo en una farmacia minorista participante, por un suministro para 30 días de una medicina de marca preferida. La tasa de reembolso negociada es de \$55, y el copago del Plan correspondiente a un suministro para 30 días de la medicina de marca preferida es de \$30, por lo que se le reembolsará \$25 ($\$55 - \$30 = \25).

Farmacias no participantes

Si usted visita una farmacia no participante, será responsable de presentar su propia reclamación. Debe presentar la reclamación dentro de los 16 meses a partir del día en el que se surte la medicina recetada. Los beneficios se le pagarán directamente a usted. Puede solicitar sus formularios de reclamación para medicinas recetadas a CVS Caremark, llamando al (888) 766-5490 o visitando www.Caremark.com.

Para presentar la reclamación, siga estos pasos:

1. Complete toda la información del formulario de reclamación, como se indica.
2. Adjunte facturas originales al formulario de reclamación, y asegúrese de que las facturas incluyan el nombre del paciente, la fecha, el nombre de la farmacia, el nombre de la medicina recetada, la cantidad surtida, la dosis y el precio facturado de la medicina.
3. Envíe la reclamación a la siguiente dirección:

CVS Caremark
P. O. Box 52010 MC00
Phoenix, AZ 85072-2010

Sección 12: Cómo apelar una reclamación denegada

Si su reclamación del beneficio se deniega de forma total o parcial, Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus le enviarán un aviso por escrito que señala los motivos específicos de la denegación, dentro de los 30 días de haber recibido su reclamación. El aviso incluirá una lista de información adicional necesaria para apelar la denegación ante Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus.

Si desea que su representante autorizado apele una reclamación denegada de forma total o parcial, llame a la línea gratuita de Atención al cliente que figura en su tarjeta de identificación de Florida Blue o CVS Caremark, o comuníquese con Healthcare Bluebook al (800) 513-6118 o con SurgeryPlus al (844) 752-6170, y consulte si se debe completar documentación específica, como el formulario de nombramiento de un representante para Florida Blue.

AVISO DE RENUNCIA: Usted o su representante autorizado podrán apelar una reclamación médica o de medicinas recetadas que fue denegada de forma total o parcial. Si no presenta su apelación dentro del plazo indicado en el aviso que se le envió por correo, usted RENUNCIA A TODOS SUS DERECHOS DE APELACIÓN. Consulte la información correspondiente sobre el proceso de apelación en esta sección, incluidos los plazos legales para presentar apelaciones.

Apelación ante Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus: apelación de nivel I

Usted o su representante autorizado en su nombre, tienen derecho a apelar una denegación total o parcial de beneficios o pagos de reclamaciones por servicios médicos, suministros o medicinas recetadas que haya recibido (después del servicio) o planea recibir (antes del servicio). Su apelación debe ser recibida por Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus (según corresponda), dentro de los 180 días del aviso de determinación adversa de beneficios (la fecha de finalización del período de la declaración que consta en el reporte de beneficios del asegurado [Member Health Statement, MHS], la Explicación de beneficios [EOB] u otro aviso de denegación).

Existen tres tipos de apelaciones: urgentes previas al servicio, previas al servicio y posteriores al servicio. Usted podrá solicitar una apelación urgente previa al servicio ante Florida Blue o CVS Caremark, si el plazo para completar una apelación previa al servicio de nivel I pondría en riesgo significativo su vida, salud o capacidad de recobrar una función al máximo o si, en la opinión de un médico que conoce su estado de salud, usted sufriría un dolor intenso que no se podría controlar de forma adecuada sin el cuidado o el tratamiento sujeto a la apelación urgente.

Si su apelación corresponde a la denegación de una reclamación urgente previa al servicio o una decisión médica concurrente, podrá solicitar una apelación urgente de nivel I de forma verbal, llamando a la línea gratuita de Atención al cliente que figura en su tarjeta de identificación de Florida Blue o CVS Caremark, según corresponda, y explicando que está solicitando una apelación urgente de nivel I. No están disponibles las apelaciones urgentes de servicios ofrecidos por Healthcare Bluebook o SurgeryPlus.

Si su apelación corresponde a una reclamación anterior al servicio (no urgente) o posterior al servicio, debe presentar su apelación de nivel I por escrito ante Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus y explicar el motivo de su apelación. Su apelación debe incluir todos los registros médicos relevantes, así como la documentación adicional, información, pruebas o testimonios que indican que desea que se lleve a cabo una revisión y consideración durante el proceso de apelación.

En el caso de reclamaciones médicas, envíe su apelación de nivel I por escrito a la siguiente dirección:

Florida Blue
P.O. Box 2896
Jacksonville, FL 32232-0079

También puede enviar su apelación de nivel I por fax a Florida Blue, al (904) 301-1875.

Para realizar reclamaciones sobre medicinas recetadas, envíe su apelación de nivel I por correo a CVS Caremark:

CVS Caremark
Appeals Department MC 109
P.O. Box 52071
Phoenix, AZ 85072-2071

También puede enviar su apelación de nivel I sobre medicinas no especializadas por fax a la línea gratuita de CVS Caremark, al (866) 443-1172. También puede enviar su apelación de nivel I sobre medicinas especializadas por fax, a la línea gratuita (855) 230-5548.

En el caso de reclamaciones a Healthcare Bluebook, envíe su apelación de nivel I por escrito por correo postal o electrónico a las siguientes direcciones:

Rewards@healthcarebluebook.com

O bien

Healthcare Bluebook
ATTN: Rewards Team
330 Franklin Rd., Ste. 135A-428
Brentwood, TN 37027

En el caso de reclamaciones de Healthcare Bluebook, envíe su apelación de nivel I por escrito a la siguiente dirección:

MCMC LLC
300 Crown Colony Drive, Suite 203
Quincy, MA 02169

Antes de recibir la notificación sobre la decisión correspondiente a la apelación de nivel I, se le enviarán copias de pruebas nuevas o adicionales o de motivos considerados en relación con su reclamación sin costo, y usted tendrá la oportunidad de responder a dichas pruebas o motivos nuevos.

Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus, según corresponda, revisarán su apelación de nivel I y le entregarán un aviso por escrito sobre la decisión de la revisión. Si la apelación corresponde a una denegación previa al servicio, Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus responderán dentro de los 15 días a partir de la recepción de su apelación. Si la apelación corresponde a una denegación posterior al servicio, Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus responderán dentro de los 30 días a partir de la recepción de su apelación. Por último, si su apelación es urgente, Florida Blue o CVS Caremark responderán dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

Si la revisión de Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus no es favorable (se deniega la apelación de nivel I), el aviso de la denegación incluirá información sobre cómo apelar la decisión ante la DSGI.

Apelación ante la División del Seguro Grupal del Estado (DSGI): apelación de nivel II

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel I, puede presentar una apelación de nivel II ante la DSGI. Usted podrá solicitar una apelación urgente de nivel II si el plazo para completar una apelación previa al servicio de nivel II pondría en riesgo significativo su vida, salud o capacidad de recobrar una función al máximo o si, en la opinión de un médico que conoce su estado de salud, usted sufriría un dolor intenso que no se podría controlar de forma adecuada sin el cuidado o el tratamiento sujeto a la apelación urgente.

Si su apelación de nivel II corresponde a la denegación de una reclamación anterior al servicio o de una decisión médica concurrente, podrá solicitar una apelación urgente de nivel II, llamando a la DSGI al (850) 921-4600 e indicando que está solicitando una apelación urgente de nivel II.

Si su apelación corresponde a una reclamación anterior al servicio (no urgente) o posterior al servicio, debe presentar su apelación de nivel II por escrito y explicar el motivo de su apelación. Su apelación debe incluir todos los registros médicos relevantes, así como la documentación adicional, información, pruebas o testimonios que indican que desea que se lleve a cabo una revisión y consideración durante el proceso de apelación.

Su apelación de nivel II se debe realizar por escrito o de forma verbal (en el caso de las apelaciones urgentes) y debe ser metasellada dentro de los 60 días posteriores al aviso escrito de la denegación de su apelación de nivel I por parte de Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus. Su apelación de nivel II debe incluir lo siguiente:

1. una copia del aviso de denegación (EOB, MHS u otro aviso de denegación);
2. una copia de su carta a Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus, en la que solicita una apelación de nivel I;
3. Una copia de la denegación de la apelación de nivel I de Florida Blue, CVS Caremark, Healthcare Bluebook o SurgeryPlus.
4. una carta de apelación de nivel II a la DSGI para apelar la decisión de la apelación de nivel I;
5. Todos los registros médicos relevantes, así como otra información o documentación que podría ser útil en la revisión de su apelación.

Envíe su apelación de nivel II por correo a la DSGI, a la siguiente dirección:

Division of State Group Insurance
Attention: Appeals Coordinator
P.O. Box 5450
Tallahassee, FL 32314-5450

Toda apelación de nivel II recibida que no incluya, como mínimo, la información indicada anteriormente, se le reenviará a usted o al representante que presentó su apelación de nivel II. Antes de recibir la notificación sobre la decisión correspondiente a la apelación de nivel II, se le enviarán copias de pruebas o motivos nuevos o adicionales considerados en relación con su reclamación sin costo, y usted tendrá la oportunidad de responder a dichas pruebas o motivos nuevos.

La DSGI revisará la apelación de nivel II y brindará un aviso por escrito sobre la decisión de la revisión. Si la apelación de nivel II corresponde a una denegación anterior al servicio (no urgente), la DSGI responderá dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su apelación. Si la apelación de nivel II corresponde a una denegación posterior al servicio, la DSGI responderá dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su apelación y, si su apelación es urgente, responderá dentro de las 72 horas. Si la revisión de la DSGI no es favorable (se deniega la apelación de nivel II), el aviso de la DSGI incluirá información sobre los derechos a apelaciones o revisiones adicionales a su disposición.

Para solicitudes que recibieron (1) una denegación de nivel I de Florida Blue, CVS Caremark o SurgeryPlus, y (2) una denegación de nivel II de la DSGI, hay dos opciones de revisión disponibles para impugnar la denegación de la apelación de nivel II: una audiencia administrativa

(Administrative Hearing) y una revisión externa de parte de una Organización de Revisión Independiente. Puede solicitar una revisión a través de cualquiera de estas opciones o de ambas. Sin embargo, tenga en cuenta que cada opción tiene un plazo específico descrito a continuación para solicitar una revisión.

Para las solicitudes que recibieron (1) una denegación de nivel I de Healthcare Bluebook, y (2) una denegación de nivel II de la DSGI, usted podrá solicitar una audiencia administrativa para Impugnar la denegación de la apelación de nivel II. Tenga en cuenta el plazo específico indicado a continuación para solicitar la revisión.

Solicitud de una audiencia administrativa

Si desea impugnar la decisión de la apelación de nivel II de la DSGI a través del proceso de audiencia administrativa, debe presentar una solicitud de procedimiento administrativo que cumpla con la regla 28-106.201 o 28-106.301 del Código Administrativo de Florida. Su solicitud se debe recibir dentro de los 21 días posteriores al momento en que recibió la decisión adversa por escrito sobre su apelación de nivel II.

Solicitud de una revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente

Para solicitudes que recibieron (1) una denegación de nivel I de Florida Blue, CVS Caremark o SurgeryPlus, y (2) una denegación de nivel II de la DSGI, usted tiene el derecho de solicitar una revisión externa de parte de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) **tras la finalización de los procesos de apelación de nivel I y nivel II.** Puede llamar a la línea gratuita de Atención al cliente que figura en su tarjeta de identificación de asegurado (Florida Blue, CVS Caremark o SurgeryPlus, según corresponda) para obtener información adicional sobre cómo solicitar una revisión externa. Las revisiones externas no están disponibles para denegaciones de reclamaciones basadas en la elegibilidad de una persona según el plan. Puede solicitar una revisión externa por escrito dentro de los cuatro meses posteriores a la recepción de una decisión sobre la apelación de nivel II.

Revisión externa estándar

Para las solicitudes que recibieron (1) una denegación de nivel I de Florida Blue, CVS Caremark o SurgeryPlus, y (2) una denegación de nivel II de la DSGI, usted podrá solicitar una revisión externa estándar de la denegación de la apelación de nivel II, en los siguientes casos:

1. Si la decisión involucra lo siguiente:
 - a. una denegación de su solicitud de pago de una reclamación y la decisión implica una determinación médica que puede incluir, entre otras cosas, una decisión tomada según la necesidad médica, idoneidad, entorno de la

asistencia médica, nivel de servicio o efectividad del servicio de salud o tratamiento que pidió o una determinación de que el tratamiento es experimental o está en fase de investigación;

- b. la rescisión (cancelación) de la cobertura.
2. Si usted solicita una revisión externa dentro de los cuatro meses posteriores a la fecha de denegación de la apelación de nivel II.

La IRO revisará su solicitud de revisión externa estándar y le entregará un aviso escrito sobre la decisión de la revisión, dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud por parte de la IRO.

Revisión externa acelerada o urgente

Para las solicitudes que recibieron (1) una denegación de nivel I de Florida Blue o CVS Caremark, y (2) una denegación de nivel II de la DSGI, usted puede solicitar una revisión externa acelerada o urgente, en caso de que el plazo para realizar una revisión externa estándar pudiese poner en riesgo significativo su vida, su salud o su capacidad de recobrar una función al máximo o si, en la opinión de un médico que conoce su estado de salud, usted pudiese sufrir un dolor intenso que no se podría controlar de forma adecuada sin el cuidado o el tratamiento sujeto a la revisión externa urgente, y en los siguientes casos:

1. Si la decisión involucra lo siguiente:
 - a. una denegación de su solicitud de pago de una reclamación y la decisión implica una determinación médica que puede incluir, entre otras cosas, una decisión tomada según la necesidad médica, idoneidad, entorno de la asistencia médica, nivel de servicio o efectividad del servicio de salud o tratamiento que pidió o una determinación de que el tratamiento es experimental o está en fase de investigación;
 - b. la rescisión (cancelación) de la cobertura.
2. Si usted solicita una revisión externa dentro de los cuatro meses posteriores a la fecha de denegación de la apelación de nivel II.

La IRO revisará su solicitud de revisión externa urgente y le dará una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la fecha de recepción por parte de la IRO.

NOTAS IMPORTANTES:

1. A lo largo del proceso de apelación y revisión, tiene el derecho a presentar pruebas y testimonios, y a solicitar y recibir copias sin costo de todos los documentos y demás información relevante sobre su reclamación o apelación, lo cual incluye, entre otras cosas, la siguiente información sobre el procesamiento de su reclamación:
 - el reglamento específico, directriz, protocolo interno, u otro criterio similar utilizado, si lo

hubiere, a la hora de tomar la decisión de pago o beneficio;

- una explicación de los factores científicos o clínicos sobre los cuales se basó la denegación total o parcial de la reclamación, por la falta de necesidad médica o el carácter experimental o de investigación de un servicio o medicina.
2. Una decisión favorable por parte de la IRO será vinculante para el Plan y será motivo suficiente para interrumpir y detener cualquier procedimiento de audiencia administrativa. Una decisión no favorable de la IRO será vinculante para el Plan, si usted no llevó a cabo una acción de forma puntual a través del proceso de audiencia administrativa.
 3. Si, tras el comienzo de un procedimiento administrativo, usted decide solicitar una revisión externa por parte de la IRO, el procedimiento administrativo se suspenderá hasta que la IRO tome la decisión.

Sección 13: Coordinación de los beneficios con otras coberturas

Coordinación con otros planes de seguro grupal

Si usted, su cónyuge o sus dependientes cuentan con la cobertura de este Plan y otro plan de seguro médico grupal, seguro automotor libre de culpas, organización de mantenimiento de la salud, Medicare, beneficios de pago médico bajo cualquier premisa de responsabilidad u otros tipos de cobertura de responsabilidad, u otros seguros que brinden cobertura médica, los beneficios de este Plan se coordinarán con los otros beneficios que usted reciba. Cuando se coordinan los beneficios, el total de los beneficios que pagarán ambos planes no superará el 100 % del total de gastos razonables. Nota: Las medicinas y suministros cubiertos por el Programa de Medicinas Recetadas solo se coordinarán si usted tiene Medicare como plan de seguro primario. El Programa de Medicina Recetadas no coordina los beneficios con otros planes de seguro.

El término “plan de seguro médico grupal” hace referencia a un plan ofrecido a través de una póliza maestra que se emite en beneficio de las siguientes personas:

1. un empleador;
2. los administradores de un fondo establecido por un empleador o por varios empleadores;
3. los empleadores de uno o más sindicatos, de acuerdo con un contrato colectivo de trabajo;
4. un sindicato;
5. otro grupo al cual se le emite una póliza maestra grupal en términos legales, en el estado de Florida, u otra jurisdicción con el fin de asegurar a un grupo de personas.

De acuerdo con la sección 627.4235(5) de los Estatutos de Florida, este Plan no coordinará los beneficios con una póliza de indemnización, una póliza de seguro de excedente según lo define la ley de Florida, que solo cubre enfermedades o accidentes específicos, o con una póliza complementaria de Medicare.

Para garantizar la precisión en el procesamiento de reclamaciones y la coordinación adecuada de los beneficios, la DSGI exige que Florida Blue verifique si usted, su cónyuge o sus otros dependientes cuentan con la cobertura de otro seguro u otra póliza de responsabilidad (other carrier liability, OCL). Cada año, pasados aproximadamente 365 días de la verificación anterior, Florida Blue le informará, por escrito, que debe comunicarse con su oficina, ya sea por correo postal, por teléfono al (800) 477-3736, ext. 34743, o a través del sitio web de Florida Blue, www.floridablue.com o www.floridablue.com/state-employees para verificar la información sobre OCL. Florida Blue procesará o volverá a procesar automáticamente las

reclamaciones que hayan sido denegadas o mantenidas en suspenso tras la provisión de la información requerida sobre OCL.

Cómo funciona la coordinación

El plan que será responsable de los gastos en primer lugar es el plan primario. El plan que será responsable de los gastos después de que el plan primario pague los beneficios es el plan secundario.

- Si este Plan es el plan primario, pagará los beneficios primero. Los beneficios se pagarán como normalmente se pagarían bajo este Plan, independientemente de la cobertura de su otro seguro.
- Si este Plan es el plan secundario, pagará los beneficios segundo. En este caso, los beneficios de este Plan y del plan primario no superarán el 100 % del total de los gastos razonables. Además, cuando este Plan es secundario, no pagará beneficios que superen lo que pagaría si fuese el plan primario.

Aquí se incluyen algunos lineamientos para determinar qué plan paga primero, cuál es el plan primario y cuál es el plan secundario.

Para todas las personas cubiertas

1. El plan que cubre a una persona como empleado o asegurado, en vez de como dependiente, pagará primero.
2. El plan que cubre a una persona como empleado activo, o al dependiente de ese empleado, paga antes que el plan que cubre a una persona como un empleado jubilado o suspendido temporalmente, o al dependiente de esa persona. En caso de que la otra póliza o plan no tenga esta regla y que los planes no estén de acuerdo con respecto al orden de los beneficios, esta regla no regirá.

Para hijos dependientes elegibles

1. El plan del padre que cumple años primero en el año calendario pagará primero los beneficios para los hijos dependientes cubiertos, a menos que los padres estén divorciados o separados. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que ha cubierto a uno de los padres por más tiempo pagará primero.
2. En caso de divorcio o separación, el plan del padre con la custodia pagará primero, excepto cuando un tribunal ordene algo diferente.
3. Si el padre con la custodia legal se ha vuelto a casar, se implementará lo siguiente:
 - a. el plan del padre con la custodia legal pagará primero;

- b. el plan del cónyuge del padre con la custodia pagará segundo;
 - c. el plan del padre sin la custodia pagará último;
- Este orden regirá, a menos que el tribunal ordene algo diferente.

Si este Plan coordina los beneficios con un plan fuera del estado que indica que el plan que cubre al padre de sexo masculino paga primero, y los dos planes no se ponen de acuerdo en el orden de los beneficios, las reglas del otro plan determinarán el orden de los beneficios para los hijos dependientes elegibles.

Si no se implementa ninguna de las reglas incluidas en esta sección, el plan que ha cubierto a una persona por más tiempo pagará primero.

Coordinación con Medicare

Es importante que usted o sus dependientes se afilien a la cobertura de Medicare cuando sean elegibles por primera vez. También es importante que informe a Florida Blue sobre la fecha de entrada en vigor de su cobertura de Medicare lo antes posible, para evitar interrupciones en el procesamiento de reclamaciones. Además, debe notificar a People First y entregar una copia de su tarjeta de identificación de Medicare para evitar la interrupción de la cobertura y reducir costos de primas, si corresponde.

Empleados activos

Si usted es un empleado activo, o el cónyuge o dependiente de un empleado activo, este Plan pagará los beneficios primero, y Medicare pagará en segundo lugar. Sin embargo, si el pago de este Plan supera lo que Medicare normalmente pagaría por el servicio, en caso de pagar primero, Medicare no pagará beneficios.

Si usted es un empleado activo o el cónyuge de un empleado activo y pasa a ser elegible para Medicare por su edad o una discapacidad, podrá optar por aplazar los beneficios de la Parte B de Medicare hasta que ya no esté en la póliza de un empleado estatal activo, por ejemplo, cuando usted o su cónyuge se jubilen. La Administración del Seguro Social ofrece un Período de afiliación especial que le permitirá afiliarse en la Parte B de Medicare, en esta situación, sin pagar una prima adicional de Medicare. Sin embargo, las reglas del Período de afiliación especial de Medicare no tienen influencia en las disposiciones de este Plan. Si usted es elegible para Medicare y las Partes A y B de Medicare no están vigentes en el momento de su jubilación, los beneficios de este Plan se pagarán como si las Partes A y B de Medicare hubiesen pagado primero, como plan primario.

Para empleados activos con un dependiente discapacitado por motivos distintos de la insuficiencia

renal terminal, este Plan pagará beneficios primero por el dependiente discapacitado, hasta que alcance los 65 años. A partir de los 65 años, Medicare se convertirá en el plan primario y pagará los beneficios primero para dependientes discapacitados distintos del cónyuge. Si el dependiente discapacitado es su cónyuge, la cobertura de su cónyuge bajo este Plan continuará siendo primaria y pagando los beneficios primero, siempre que usted sea un empleado activo.

Empleados activos y jubilados anticipados: insuficiencia renal terminal

Si usted o su dependiente cubierto necesitan tratamiento para la insuficiencia renal terminal, este Plan pagará beneficios primero por los primeros 30 meses de tratamiento, y Medicare pagará en segundo lugar. Luego, Medicare pagará los beneficios primero y este Plan pagará en segundo lugar. Usted debe estar afiliado en las Partes A y B de Medicare en el momento en que finaliza el período de 30 meses, porque los beneficios de este Plan se pagarán en segundo lugar, como si usted estuviese afiliado, independientemente de su edad. Sin embargo, si usted pasa a ser elegible para Medicare debido a su edad o discapacidad antes de pasar a ser elegible debido a una insuficiencia renal terminal, Medicare continuará pagando primero como cobertura primaria, y este Plan pagará en segundo lugar.

Jubilados y cónyuges, cónyuges supervivientes o dependientes de un jubilado

Si usted está afiliado a Medicare, Medicare pagará sus beneficios primero. Este Plan pagará los beneficios segundo. Si usted es elegible para las Partes A y B de Medicare pero no está afiliado, o si su proveedor se desafilió de Medicare, los beneficios de este Plan se pagarán como si Medicare hubiese pagado primero como plan primario, independientemente de su edad.

Los beneficios de este Plan y de Medicare no superarán el 100 % del total de los gastos razonables. Además, cuando este Plan es secundario, no pagará beneficios que superen lo que pagaría normalmente si fuese el plan primario.

Si usted está cubierto por este Plan a través de COBRA y pasa a ser elegible para Medicare, la cobertura de este Plan finalizará. Sus dependientes, por lo general, podrán continuar con su cobertura de COBRA.

Si usted está jubilado y es elegible para Medicare, el Plan PPO pagará en segundo lugar, incluso si no se afilia a Medicare. Para evitar los costos elevados de reclamaciones, afíliese a la Parte B de Medicare tan pronto como sea elegible, para asegurarse de que su cobertura de la Parte B de Medicare esté activa cuando se jubile.

Cuando Medicare es la cobertura primaria, este Plan pagará la suma menor entre las siguientes, en concepto de beneficios:

1. los gastos cubiertos que Medicare no paga, hasta la cantidad permitida por Medicare;
2. la cantidad que este Plan hubiese pagado si usted no hubiese tenido otra cobertura.

Aquí se incluyen algunos ejemplos que demuestran cómo funciona la coordinación de beneficios con Medicare.

Ejemplo 1: visita a un consultorio de la red, opción PPO Estándar

Supongamos que usted realiza una visita al consultorio del médico que incluye una radiografía. Primero, los beneficios de este Plan se calcularán como si usted no tuviese otra cobertura.

Tipo de servicio	Cargo habitual del médico	Cantidad permitida dentro de la red	Menos el copago por visita dentro de la red	Total que este plan pagaría (100 %)
Atención en el consultorio del médico	\$60	\$50	- \$15	\$35
Radiología	\$30	\$25	- \$0	\$25
Total	\$90	\$75	- \$15	\$60

Una visita al consultorio incluye todos los servicios prestados durante el día de la visita, por el mismo proveedor de atención médica.

Luego, se calcularán los beneficios de Medicare.

Tipo de servicio	Cantidad permitida de Medicare	Deducible de Medicare	Subtotal de Medicare	Pago de Medicare (80 %)	Lo que Medicare no paga
Atención en el consultorio del médico	\$40	- \$0	= \$40	\$32.00	\$8.00
Radiología	\$20	- \$0	= \$20	\$16.00	\$4.00
Total	\$60	- \$0	= \$60	\$48.00	\$12.00

En este ejemplo, la cantidad que Medicare no paga, es decir, \$12, es menor que la cantidad que este Plan pagaría si usted no tuviese otra cobertura, es decir, \$60. Este Plan le pagará \$12 al proveedor. Usted no pagará nada por estos servicios, porque el pago de este Plan junto con el pago de Medicare equivalen a la cantidad permitida por Medicare.

Ejemplo 2: Visita al consultorio fuera de la red; PPO Estándar u opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto

En este ejemplo, supongamos que no alcanzó el deducible y visita al médico para someterse a una cirugía menor y análisis de laboratorio.

Primero, los beneficios de este Plan se calcularán como si usted no tuviese otra cobertura.

Tipo de servicio	Cargo habitual del médico	Cantidad permitida fuera de la red	Gastos implementados en el deducible fuera de la red	Lo que este Plan pagaría
Cirugía menor	\$200	\$100	\$100	\$0
Análisis de laboratorio	\$15	\$15	\$15	\$0
Análisis de laboratorio	\$10	\$10	\$10	\$0
Total	\$225	\$125	\$125	\$0

Luego, se calcularán los beneficios de Medicare.

Tipo de servicio	Cantidad permitida de Medicare	Deducible de Medicare	Subtotal de Medicare	Pago de Medicare (80 %)	Lo que Medicare no paga
Cirugía menor	\$150	- \$75	= \$75	\$60	\$90
Análisis de laboratorio	\$10	- \$0	= \$10	\$10	\$0
Análisis de laboratorio	\$10	- \$0	= \$10	\$10	\$0
Total	\$170	- \$75	= \$95	\$80	\$90

En este ejemplo, se implementarían \$125 al deducible fuera de la red de este Plan. Este Plan no pagará nada, incluso si usted no tuviese otra cobertura. Usted adeudará el monto que Medicare no paga: \$90.

Ejemplo 3: Jubilado elegible para Medicare, no afiliado en las Partes A y B de Medicare

Supongamos que usted realiza una visita al consultorio del médico que incluye análisis de laboratorio. Los beneficios de este Plan se calcularán como si usted no tuviese otra cobertura.

Tipo de servicio	Cargo habitual del médico	Cantidad permitida dentro de la red	Total que este Plan pagaría (20 %)	Responsabilidad del asegurado (80 %)
Análisis de laboratorio	\$105.75	\$40.86	\$8.17	\$32.69
Análisis de laboratorio	\$115.00	\$34.91	\$6.98	\$27.93
Total	\$220.75	\$75.77	\$15.15	\$60.62

En este ejemplo, usted será responsable por los \$60.62 o por el 80 % de la cantidad permitida de este Plan; si el proveedor no pertenece a la red, usted será responsable de pagar \$205.60, es decir, la diferencia entre lo que cobra el proveedor y el pago de este Plan ($\$220.75 - \$15.15 = \$205.60$).

Ejemplo 4: Proveedor fuera de la red; artículo no cubierto

Supongamos que usted está jubilado, es elegible para Medicare y su médico lo deriva a un proveedor fuera de la red para recibir audífonos.

Los beneficios de este Plan se calcularán como si usted no tuviese otra cobertura.

Tipo de servicio	Cargo habitual del proveedor	Cantidad permitida fuera de la red	Total que este plan pagaría	Responsabilidad del asegurado
Audífonos	\$923.00	\$0 (no cubierto)	\$0	\$923.00
Total	\$923.00	\$0 (no cubierto)	\$0	\$923.00

Luego, se calcularán los beneficios de Medicare.

Tipo de servicio	Cantidad permitida de Medicare	Deducible de Medicare	Subtotal de Medicare	Pago de Medicare (80 %)	Lo que Medicare no paga
Audífonos	\$923.00	-\$0	= \$923.00	\$738.40	\$184.60
Total	\$923.00	-\$0	= \$923.00	\$738.40	\$184.60

En el ejemplo anterior, el cálculo primario es la cantidad menor, porque este Plan no cubre audífonos. Por lo tanto, este Plan no realizará pagos. Usted adeudará el monto que Medicare no paga: \$184.60.

Ejemplo 5: El proveedor canceló su afiliación a Medicare (proveedor de la red)

Supongamos que su médico lo deriva para realizarse una radiografía.

Usted es elegible para Medicare pero recibe servicios de un proveedor que optó por cancelar su afiliación a Medicare. Este Plan pagará el 20 % de la cantidad permitida por Florida Blue, sin que rija un deducible o copago.

Se calcularán los beneficios de este Plan.

Tipo de servicio	Cargo habitual del médico	Cantidad permitida dentro de la red	Total que este Plan pagaría (20 %)	Responsabilidad del asegurado (80 %)
Radiografías	\$115.00	\$41.52	\$8.30	\$33.22
Radiografías	\$125.00	\$55.65	\$11.13	\$44.52
Total	\$240.00	\$97.17	\$19.43	\$77.74

En este ejemplo, usted será responsable de pagar \$77.74 o el 80 % de la cantidad permitida del Plan. Si este proveedor no perteneciera a la red, usted sería responsable de pagar \$220.57, es decir, la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga este Plan ($\$240.00 - \$19.43 = \$220.57$).

Ejemplo 6: Servicios de la red, Opción PPO Estándar

Supongamos que usted realiza una visita al consultorio, se somete a electrólisis y a una cirugía menor realizada por un especialista de la red.

Primero, los beneficios de este Plan se calcularán como si usted no tuviese otra cobertura.

Tipo de servicio	Cargo habitual	Cantidad permitida dentro de la red	Menos el copago por visita dentro de la red	Total que este plan pagaría
Visita al consultorio	\$150	\$73	- \$25	\$48
Electrólisis	\$125	\$0 (servicio no cubierto)	\$0	\$0
Procedimiento quirúrgico	\$90	\$38	= \$0	\$38
Total	\$365	\$111	- \$25	\$86

Una visita al consultorio incluye todos los servicios prestados durante el día de la visita, por el mismo proveedor de atención médica. Este Plan no cubre la electrólisis.

Luego, se calcularán los beneficios de Medicare.

Tipo de servicio	Cantidad permitida de Medicare	Deducible de Medicare	Subtotal de Medicare	Pago de Medicare (80 %)	Lo que Medicare no paga
Visita al consultorio	\$71	- \$0	= \$71	\$56.80	\$14.20*
Electrólisis	\$68	- \$0	= \$68	\$54.40	\$13.60
Procedimiento quirúrgico	\$33	- \$0	= \$33	\$26.40	\$6.60*
Total	\$172	- \$0	\$172	\$137.60	\$34.40

En este ejemplo, la cantidad que Medicare no paga en el primer* y tercer* renglón, es decir, \$20.80, es menor que la cantidad que este Plan pagaría si usted no tuviese otra cobertura, es decir, \$86. Este Plan le pagará \$20.80 al proveedor. Usted adeudará la cantidad restante que Medicare y este Plan no pagan, es decir, \$13.60. Este Plan no incluye los servicios no cubiertos (electrólisis) que podrían estar cubiertos por Medicare a la hora de calcular la cantidad que pagará.

Ejemplo 7: Servicio dentro de la red; Opción PPO Estándar

En este ejemplo, supongamos que usted alcanzó su deducible y se sometió a una cirugía estética menor realizada por un médico de la red.

Primero, los beneficios de este Plan se calcularán como si usted no tuviese otra cobertura.

Tipo de servicio	Cargo habitual	Cantidad permitida dentro de la red	Total que este plan pagaría
Cirugía menor	\$75	\$0 (servicio no cubierto)	\$0
Radiografía	\$50	\$35	\$28
Total	\$125	\$35	\$28

Este Plan no cubre cirugías estéticas.

Luego, se calcularán los beneficios de Medicare.

Tipo de servicio	Cantidad permitida de Medicare	Deducible de Medicare	Subtotal de Medicare	Pago de Medicare (80 %)	Lo que Medicare no paga
Cirugía menor	\$0 (servicio no cubierto)	\$0	= \$0	\$0	\$75
Radiografía	\$27	\$0	= \$27	\$21.60	\$5.40*
Total	\$27	\$0	= \$27	\$21.60	\$80.40

En este ejemplo, Medicare no cubre el servicio del primer renglón (cirugía estética), y tampoco lo cubrirá este Plan (\$75). Usted adeudará el monto que Medicare no paga por este servicio, es decir, \$75.

Con respecto al segundo renglón*, la cantidad que Medicare no paga, es decir, \$5.40, es menor que la cantidad que este Plan pagaría si usted no tuviese otra cobertura, es decir, \$28. Este Plan le pagará \$5.40 al proveedor. Usted no pagará nada por este servicio, porque el pago de este Plan junto con el pago de Medicare equivalen a la cantidad permitida por Medicare.

Ejemplo 8: Proveedor dentro de la red que no participa en Medicare

Supongamos que usted alcanzó el deducible del Plan y recibe servicios de masajes y fisioterapia de un médico de la red que no participa en Medicare.

Primero, los beneficios de este Plan se calcularán como si usted no tuviese otra cobertura.

Tipo de servicio	Cargo habitual del proveedor	Cantidad permitida dentro de la red	Deducible (responsabilidad del asegurado)	Total que este plan pagaría si fuese la cobertura primaria (80 % de la cantidad permitida)	Responsabilidad del asegurado (20 % de la cantidad permitida)
Terapia de masajes	\$32	\$25	- \$0	\$20	\$5
Fisioterapia	\$17	\$12	- \$0	\$9.60	\$2.40
Total	\$49	\$37	- \$0	\$29.60	\$7.40

Luego, se calcularán los beneficios de Medicare (proveedor no participante de Medicare):

Tipo de servicio	Cargo habitual del proveedor	Cantidad permitida de Medicare	Deducible de Medicare	Subtotal de Medicare	Pago de Medicare al asegurado (80 %)	Lo que Medicare no paga
Terapia de masajes	\$32	\$30	- \$0	\$30	\$24	\$6*
Fisioterapia	\$17	\$15	- \$0	\$15	\$12	\$3*
Total	\$49	\$45	- \$0	\$45	\$36	\$9

En este ejemplo, este Plan le pagaría \$9, es decir, la cantidad que Medicare no le pagará por el primer* y segundo* renglón (\$6 + \$3 = \$9). Usted será responsable de pagar \$4, es decir, la diferencia entre el cargo habitual del proveedor, lo que Medicare le pagó y lo que este Plan le pagó (\$49 - \$36 - \$9 = \$4). Nota: Dado que este proveedor no participa en Medicare, Medicare y este Plan le pagarán directamente a usted y usted será responsable de pagarle al proveedor.

Ejemplo 9: Proveedor fuera de la red; PPO Estándar y Plan de Salud PPO con Deducible Alto

Supongamos que a usted le quedan \$170 para alcanzar su deducible fuera de la red, y visita a un proveedor fuera de la red para someterse a una cirugía menor.

Primero, los beneficios de este Plan se calcularán como si usted no tuviese otra cobertura.

Tipo de servicio	Cargo habitual del proveedor	Cantidad permitida fuera de la red	Gastos implementados en el deducible fuera de la red	Total que este Plan pagaría si fuese primario (60 % de la cantidad permitida)	Responsabilidad del asegurado (40 % de la cantidad permitida)
Cirugía menor	\$200	\$155	\$155**	\$0	\$200
Radiografías	\$15	\$15	\$15**	\$0	\$15
Inyección	\$10	\$10	\$0	\$6	\$4
Total	\$225	\$180	\$170	\$6	\$219

Luego, se calcularán los beneficios de Medicare.

Tipo de servicio	Cargo habitual del proveedor	Cantidad permitida de Medicare	Deducible de Medicare	Pago de Medicare (80 %)	Lo que Medicare no paga
Cirugía menor	\$200	\$150	\$75	\$60	\$15***
Radiografías	\$15	\$10	\$0	\$8	\$2***
Inyección	\$10	\$10	\$0	\$8	\$2*
Total	\$225	\$170	\$75	\$76	\$19

En este ejemplo, este Plan pagaría \$2 por la inyección del tercer* renglón, y el deducible fuera de la red del primer** y el segundo** renglón consistiría en \$170. Usted será responsable de pagar \$92 (\$75 + \$15 + \$2 = \$92), es decir, la cantidad que corresponde al deducible de Medicare y la cantidad que Medicare no pagó por el primer*** y el segundo*** renglón.

Ejemplo 10: Visita al consultorio de un especialista de la red; Opción PPO Estándar

Supongamos que usted realiza una visita al consultorio de un médico especialista de la red que incluye un electrocardiograma.

Primero, los beneficios de este Plan se calcularán como si usted no tuviese otra cobertura.

Tipo de servicio	Cargo habitual del proveedor	Cantidad permitida dentro de la red	Deducible (responsabilidad del asegurado)	Copago	Total que este Plan pagaría si fuese primario	Responsabilidad del asegurado
Electrocardiograma	\$45	\$17.15	- \$0	\$17.15	\$0***	\$17.15
Visita al consultorio	\$220	\$120.54	- \$0	\$7.85	\$112.69	\$7.85
Total	\$265	\$137.69	- \$0	\$25	\$112.69	\$25

Luego, se calcularán los beneficios de Medicare.

Tipo de servicio	Cargo habitual del proveedor	Cantidad permitida de Medicare	Deducible de Medicare	Subtotal de Medicare	Pago de Medicare (80 %)	Lo que Medicare no paga
Electrocardiograma	\$45	\$18.08	- \$0	\$18.08	\$14.46	\$3.62**
Visita al consultorio	\$220	\$105.33	- \$0	\$105.33	\$84.26	\$21.07*
Total	\$265	\$123.41	- \$0	\$123.41	\$98.72	\$24.69

En este ejemplo, este Plan pagaría los \$21.07* que Medicare no pagó por el segundo* renglón y \$0 por el primer*** renglón (que se aplica al copago por la visita al consultorio de un médico especialista). Usted será responsable de los \$3.62** del primer renglón.

Ejemplo 11: Proveedor de la red; Opción PPO Estándar

Supongamos que alcanza el máximo del coseguro anual y el deducible del Plan, y que recibe servicios de radiología de parte de un proveedor de la red.

Primero, los beneficios de este Plan se calcularán como si usted no tuviese otra cobertura.

Tipo de servicio	Cargo habitual del proveedor	Cantidad permitida dentro de la red	Total que este Plan pagaría si fuese primario (80 % de la cantidad permitida)	Responsabilidad del asegurado
Radiología	\$30.13	\$30.13	\$30.13	\$0
Tomografía computarizada	\$1,590	\$509.64	\$509.64	\$0
Radiología	\$123.29	Incidental**	\$0**	\$0
Inyección	\$35	\$18	\$18	\$0
Total	\$1,778.42	\$557.77	\$557.77	\$0

Luego, se calcularán los beneficios de Medicare.

Tipo de servicio	Cargo habitual del proveedor	Cantidad permitida de Medicare	Deducible de Medicare	Subtotal de Medicare	Pago de Medicare (80 %)	Lo que Medicare no paga
Radiología	\$30.13	\$25.13	\$0	\$25.13	\$20.10	\$5.03*
Tomografía computarizada	\$1,590	\$424.70	\$0	\$424.70	\$339.76	\$84.94*
Radiología	\$123.29	\$93.29	\$0	\$93.29	\$74.63	\$18.66**
Inyección	\$35	\$17	\$0	\$17	\$13.60	\$3.40*
Total	\$1,778.42	\$560.12	\$0	\$560.12	\$448.09	\$112.03

En este ejemplo, este Plan pagaría \$93.37, la cantidad que Medicare no paga por el primer*, segundo* y cuarto* renglón (\$5.03 + \$84.94 + \$3.40 = \$93.37) y este Plan denegaría el tercer** renglón por incidental (menor e incluido en el costo del servicio primario) al servicio del segundo renglón; sin embargo, dado que Medicare permitió el costo del tercer** renglón, usted es responsable de pagar \$18.66**.

Nota importante para jubilados

Una vez que su cónyuge pasa a ser elegible para Medicare, todas las reclamaciones presentadas ante Medicare por usted o por su cónyuge serán presentadas automáticamente ante Florida Blue, después de que Medicare pague lo que está cubierto. Llame a Atención al cliente de Florida Blue al (800) 825-2583, y solicite la presentación automática de Medicare. No se requerirá la presentación por separado ante Florida Blue.

Coordinación de beneficios de medicinas recetadas con la Parte B de Medicare:

CVS Caremark es responsable de garantizar que las medicinas recetadas elegibles para la cobertura bajo la Parte B de Medicare se identifiquen en las farmacias minoristas, farmacias especializadas y farmacias de pedido por correo. Las medicinas de la Parte B de Medicare se rechazarán en el momento de la compra en una farmacia minorista o de pedido por correo. Si tiene las Partes A y B de Medicare como cobertura

primaria, y la medicina recetada es elegible para la cobertura bajo la Parte B de Medicare, este Plan pagará como cobertura secundaria. Si la medicina recetada no está cubierta por la Parte B de Medicare, este Plan pagará como cobertura primaria por dicha medicina recetada y no se coordinarán los beneficios.

La Parte B de Medicare exige que la farmacia (minorista, especializada y de pedidos por correo) obtenga un formulario firmado de cesión de beneficios, cesión de facturación o autorización médica. Este formulario se exige a fin de que los costos se le facturen a Medicare en su nombre. Dado que algunas medicinas solo son elegibles bajo la Parte B de Medicare para diagnósticos elegibles, la Parte B de Medicare exige que dicha receta incluya un diagnóstico por escrito. Es posible que existan otras situaciones en las cuales la Parte B de Medicare exija documentación específica adicional antes de aceptar una reclamación de pago por una medicina recetada. En la mayoría de los casos, la Parte B de Medicare solo aceptará reclamaciones para el surtido de una medicina, hasta

una dosis máxima para 30 días. Por lo general, los artículos elegibles de Medicare cubiertos por la Parte B de Medicare estarán sujetos a un deducible por año calendario de Medicare.

Uso de una farmacia especializada o de pedido por correo para surtir las medicinas de la Parte B de Medicare:

1. Se debe incluir o presentar toda la documentación correspondiente con la receta.
2. Debe enviar la receta con el diagnóstico adecuado a la farmacia de pedido por correo de CVS Caremark o a la farmacia especializada de CVS, según corresponda. **Aviso importante:** La farmacia de pedido por correo de CVS Caremark no es una farmacia de pedido por correo de suministros para diabéticos aprobada por Medicare. Las recetas de suministros para diabéticos deben ser surtidas por una farmacia minorista para 30 días dentro de la red o por una farmacia minorista para 90 días participante, que también sea farmacia minorista aprobada por Medicare o que participe en Medicare. Los suministros para diabéticos se consideran de mantenimiento y están sujetos a las disposiciones sobre medicinas de mantenimiento recetadas. Si se determina que la medicina recetada es elegible bajo la Parte B de Medicare, CVS Caremark reenviará su solicitud de medicina recetada a la farmacia de pedido por correo de CVS Caremark para el surtido de medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare o a la farmacia CVS Specialty para el surtido de medicinas especializadas cubiertas por la Parte B de Medicare.
3. CVS Caremark podrá comunicarse con usted para obtener la información necesaria para surtir la medicina recetada, dentro de todos los lineamientos adecuados para medicinas recetadas, y presentará una reclamación ante la Parte B de Medicare en su nombre.
4. Usted recibirá una Explicación de los beneficios de Medicare (Explanation of Medicare Benefits, EOMB) luego de que la Parte B de Medicare procese la reclamación, que indicará el pago de Medicare, la cantidad correspondiente al deducible y su responsabilidad.
5. Una vez que Medicare haya pagado la reclamación de la medicina recetada, la farmacia de orden por correo de CVS o la farmacia CVS Specialty, según corresponda, presentarán una reclamación ante CVS Caremark por sus beneficios secundarios bajo este Plan. La farmacia de pedido por correo de CVS o la farmacia CVS Specialty podrán facturarle el saldo restante, hasta la cantidad permitida de Medicare. En la mayoría de los casos, una vez que este Plan haya pagado los beneficios como

cobertura secundaria y la Parte B de Medicare haya pagado los beneficios como cobertura primaria, usted no tendrá gastos de su bolsillo.

Uso de una farmacia minorista dentro de la red que participa en la Parte B de Medicare

1. Se debe incluir o presentar toda la documentación correspondiente con la receta.
2. Debe presentar la receta con el diagnóstico adecuado ante la farmacia minorista dentro de la red que participa en la Parte B de Medicare.
3. La farmacia minorista dentro de la red que participa en la Parte B de Medicare surtirá la medicina recetada, de acuerdo con todos los lineamientos apropiados para medicinas recetadas, y presentará una reclamación ante Medicare en su nombre.
4. Usted recibirá una Explicación de los beneficios de Medicare (EOMB) luego de que la Parte B de Medicare procese la reclamación, que indicará el pago de la Parte B de Medicare, la cantidad correspondiente al deducible y su responsabilidad.
5. La farmacia minorista dentro de la red que participa en la Parte B de Medicare presentará una reclamación ante CVS Caremark por los beneficios secundarios bajo este Plan. En la mayoría de los casos, una vez que este Plan haya pagado los beneficios como cobertura secundaria y la Parte B de Medicare haya pagado los beneficios como cobertura primaria, usted no tendrá gastos de su bolsillo.

Uso de una farmacia minorista dentro de la red que no participa en la Parte B de Medicare

Si presenta una receta ante una farmacia minorista dentro de la red que no participa en la Parte B de Medicare,

usted será responsable, ante la farmacia minorista, del 100 % del costo de la medicina. Para recibir beneficios primarios bajo la Parte B de Medicare, usted o la farmacia minorista que no participa en la Parte B de Medicare deben presentar una reclamación directamente ante la Parte B de Medicare. Si la reclamación no se presenta ante la Parte B de Medicare y usted no recibe una EOMB, no se le permitirá que presente una reclamación ante CVS Caremark para obtener beneficios secundarios.

Coordinación de beneficios de medicinas recetadas con la Parte D de Medicare

Si se afilia o es afiliado automáticamente en un Plan de Medicinas Recetadas de la Parte D de Medicare, este Plan pagará como cobertura secundaria para medicinas recetadas. El Plan de la Parte D de Medicare pagará como cobertura primaria para medicinas recetadas.

Si usted se afilia o es afiliado automáticamente en un Plan de Medicinas Recetadas de la Parte D de Medicare, por lo general, pagará una prima mensual. Es posible que no deba pagar una prima por la Parte D de Medicare si recibe asistencia a través de un Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), beneficio de subsidio por ingresos bajos de Medicare o Medicaid estatal, o si vive en determinados centros, tales como un asilo.

Si está recibiendo asistencia federal o estatal, es posible que sea afiliado automáticamente a un Plan de la Parte D de Medicare, sin su conocimiento. Si estaba afiliado a un Plan Medicare Advantage a través de una cobertura de un seguro anterior, fue afiliado automáticamente a un Plan de la Parte D de Medicare. Si eligió un Plan de la Parte D de Medicare o fue afiliado automáticamente a un Plan de la Parte D de Medicare, es su responsabilidad desafiliarse de dicha cobertura de la Parte D de Medicare. Si decide desafiliarse, debe comunicarse con el Plan de la Parte D de Medicare en el que está afiliado, o comunicarse con Medicare al (800) 663-4227.

AVISO IMPORTANTE: Medicare informará al estado de Florida, de forma automática, sobre los asegurados de su Plan que están afiliados a un Plan de Medicinas Recetadas de la Parte D de Medicare. Tras dicha notificación de Medicare, este Plan pasará a ser la cobertura secundaria de forma automática. Este Plan no pasará a ser la cobertura primaria hasta que usted le entregue una carta de cobertura acreditable o de desafiliación del Plan de la Parte D de Medicare a CVS Caremark. Dicha carta de cobertura acreditable debe incluir su nombre y las fechas de entrada en vigor y finalización de la cobertura de la Parte D de Medicare. Debido a la naturaleza confidencial de la información sobre sus medicinas recetadas, Medicare no hablará sobre su cobertura de la Parte D de Medicare con el estado de Florida.

Sección 14: Derecho de recuperación y demanda por pérdidas del Plan

Derecho del Estado a la subrogación y el reembolso

El Estado goza de derechos de subrogación y reembolso, que lo ayudan a continuar brindando beneficios rentables de cuidado de la salud.

Si usted o sus dependientes reciben beneficios del Plan por una reclamación relacionada con una afección causada, directa o indirectamente, por un acto intencional o por la negligencia o falta de un tercero, ya sea una persona o entidad, el Estado será “subrogado” y hará cumplir el derecho de recuperación que usted o sus dependientes tienen sobre otra persona o entidad, hasta el nivel de los beneficios que el Plan pagó. Esto significa que el Estado tiene derecho a llevar a cabo acciones legales contra cualquier persona para recuperar los beneficios que el Plan ha pagado por los gastos que surjan de la afección causada, directa o indirectamente, por el acto intencional, negligencia o falta de otra persona o entidad.

Además de este derecho de subrogación, el Estado tiene derecho a recibir un reembolso total y prioritario, de parte de usted o sus dependientes (a partir de toda sentencia o acuerdo que se obtenga) por los beneficios que el Plan pagó en relación con una afección causada, directa o indirectamente, por un acto intencional, negligencia o falla de otra persona o entidad.

Estos derechos de subrogación y reembolso rigen sobre toda sentencia o acuerdo con respecto a una reclamación, sin importar si se lleva a cabo un juicio, y no serán compensados por las primas que hayan sido pagadas de acuerdo con el Plan. Por ejemplo, la sección 627.736 de los Estatutos de Florida designa al seguro de protección contra lesiones personales como pagador primario, y el Estado tiene el derecho a recuperar los pagos de beneficios que también se cubren a través de una póliza de protección contra lesiones personales. El derecho del Estado a la subrogación también abarca los beneficios que se deban pagar a través de otros tipos de coberturas, incluida, entre otras, la cobertura de un conductor que no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente.

El Estado tiene derecho a la subrogación o a obtener un reembolso, incluso si la suma total de un juicio o acuerdo es insuficiente para compensar por completo sus pérdidas. El Estado, además, tiene derecho a la subrogación o a obtener un reembolso, independientemente de si un acuerdo identifica los beneficios particulares pagados por el Plan e independientemente del modo en que usted, sus abogados u otras personas califiquen un acuerdo.

La suma que el Estado puede recuperar a través de la subrogación o el reembolso está sujeta a una reducción, únicamente a través de una parte a prorrato de los costos y honorarios de abogados que usted haya tenido que pagar por solicitar y recuperar pagos de terceros.

No se le pedirá que reembolse al Estado una suma que supera los pagos que este realizó en su nombre. Se les exigirá lo siguiente a usted, su dependiente o su representante legal:

- que brinden información relacionada con el acuerdo y las negociaciones del acuerdo o litigio;
- que brinden la asistencia necesaria para hacer cumplir el derecho del Estado a la subrogación o el reembolso;
- que informen a Florida Blue sobre negociaciones de acuerdos antes de celebrar dichos acuerdos;
- que informen a Florida Blue sobre las sumas recuperadas de otras personas o entidades;
- que obtengan el consentimiento previo por escrito de Florida Blue o la DSGI antes de celebrar acuerdos.

Ninguna renuncia o exención de responsabilidad u otros documentos que firme sin avisar a Florida Blue serán vinculantes para el Estado, el Departamento de Servicios Administrativos o la DSGI.

Derecho a recuperación

El Estado, Florida Blue y CVS Caremark gozan de derechos de recuperación, siempre que se descubra que se han realizado pagos en exceso del máximo establecido en este Documento de beneficios por servicios médicos, suministros y medicinas recetadas. El Estado, Florida Blue y CVS Caremark llevarán a cabo las acciones disponibles, incluido el uso de agencias de cobro, para recuperar los pagos en exceso realizados por usted, sus dependientes u otras personas, entidades u organizaciones.

Sección 15: Definiciones

Aquí se definen algunos términos utilizados por este Plan. Nota: En este Documento de beneficios, estos términos podrán aparecer con o sin mayúsculas.

Accidente: Una lesión física accidental no relacionada con una enfermedad.

Lesión dental accidental: Una lesión que afecta a dientes naturales sanos, como resultado de un evento repentino, no intencional e inesperado o de una fuerza no relacionada con la masticación, otra función orgánica natural o enfermedad.

Acupuntura: A los fines de este Manual del Plan y Documento de beneficios, este término designa lo siguiente:

1. la técnica de atravesar la piel con agujas largas y finas, en puntos específicos del cuerpo, para tratar determinadas afecciones;
2. masajes realizados por un acupunturista con licencia, incluidos los masajes suaves, por compresión y percusión.

Acupunturista: Persona legalmente calificada y con licencia en cumplimiento de la ley de Florida u otras leyes similares de otro estado para ejercer la acupuntura.

Ambulancia: Vehículo de circulación por tierra, aire o agua, diseñado, fabricado o equipado para el transporte de personas que necesitan atención médica o quirúrgica, con licencia bajo la ley de Florida o leyes similares de otro estado.

Centro de cirugía ambulatoria: Centro con las siguientes características:

1. cuenta con licencia bajo la ley de Florida o leyes similares de otro estado para ofrecer atención quirúrgica optativa;
2. el paciente ingresa al centro y recibe el alta en el mismo día hábil;
3. la instalación no forma parte de un hospital.

Un centro cuyo objetivo principal es llevar a cabo abortos, un consultorio mantenido por un médico para practicar la medicina, o un consultorio mantenido por la práctica de la odontología no es un centro de cirugías ambulatorias.

Análisis conductual aplicado: El diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones ambientales, usando estímulos y consecuencias conductuales para generar una mejora socialmente significativa en la conducta humana, lo cual incluye, entre otras cosas, el uso de la observación directa, la medición y el análisis funcional de las relaciones entre el entorno y la conducta.

Estudio clínico aprobado: se refiere a un estudio clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección que pone en riesgo la vida y que cumple con uno de los siguientes criterios:

1. El estudio o investigación está aprobado o es financiado por uno o más de los siguientes:
 - a. Los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health).
 - b. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention).
 - c. La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Health Care Research and Quality).
 - d. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services).
 - e. Un grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (a) hasta (d) o el Departamento de Defensa (Department of Defense) o el Departamento de Asuntos para Veteranos (Department of Veterans Affairs).
 - f. Una entidad de investigación no gubernamental calificada que esté identificada en las directrices publicadas por los Institutos Nacionales de la Salud para subvenciones de apoyo a centros.
 - g. Cualquiera de las siguientes si se cumplen las condiciones descritas en el párrafo (2):
 - i. El Departamento de Asuntos para Veteranos.
 - ii. El Departamento de Defensa.
 - iii. El Departamento de Energía (Department of Energy).
2. El estudio o investigación se lleva a cabo según el amparo de una solicitud para un nuevo fármaco experimental revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
3. El estudio o investigación es un estudio de un fármaco que está exento de contar con la solicitud para un nuevo fármaco experimental.

En el caso de un estudio o investigación llevada a cabo por un Departamento, el estudio o investigación debe ser revisado y aprobado a través de un sistema de revisión externa que el Secretario determine: (1) que es equiparable al sistema de revisión externa de estudios e investigaciones que usan los Institutos Nacionales de la Salud, y (2) que asegura una revisión objetiva de los estándares científicos más estrictos por personas calificadas que no tienen ningún interés en el resultado de la revisión.

Para efectos de esta definición, el término “enfermedad o afección que pone en riesgo la vida” se refiere a cualquier enfermedad o afección que puede provocar la muerte, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección.

Trastorno del espectro autista: Cualquiera de los siguientes trastornos, según se definen en las categorías de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición, modificación clínica (International Classification of Diseases, Ninth Edition, Clinical Modification, ICD-9 CM) o sus equivalentes en la versión más reciente publicada del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association):

1. Trastorno autista
2. Síndrome de Asperger
3. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Analista conductual: Una persona con certificación según la sección 393.17 de los Estatutos de Florida, o con licencia según los capítulos 490 o 491 de los Estatutos de Florida o leyes similares de otro estado, para llevar a cabo el análisis conductual aplicado.

Documento de beneficios o del Plan: El presente documento. Su cobertura del seguro se limita a los términos expresados por escrito en este Documento de beneficios. Su cobertura no se puede modificar sobre la base de declaraciones o promesas expresadas por cualquier persona, incluidos los empleados de la DSGI, Florida Blue, CVS Caremark, People First o su empleador.

Centro de partos: Centro, institución o lugar donde se planifica el desarrollo de un parto, tras un embarazo normal, sin complicaciones y de bajo riesgo. El centro debe contar con una licencia de acuerdo con la ley de Florida o leyes similares de otro estado. Un centro no se considerará un centro de partos si se trata de un centro de cirugía ambulatoria, hospital o parte de un hospital.

Servicios de cuidado preventivo para niños: Servicios prestados o supervisados por un médico, que incluyen el historial, la evaluación del desarrollo y la orientación preventiva, así como las vacunas adecuadas y los análisis de laboratorio, basados en los estándares médicos predominantes que constan en las recomendaciones para el cuidado pediátrico preventivo o la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics).

Coseguro: Un porcentaje de los costos por los servicios cubiertos que usted pagará luego de alcanzar su deducible.

Afección: Enfermedad, lesión, accidente, disfunción orgánica, embarazo, drogadicción, alcoholismo o trastorno mental o nervioso.

Anomalía congénita: Anomalías físicas que se producen antes del nacimiento de un bebé y que son evidentes en el nacimiento o cuando el bebé cumple un año.

Centro de consultas sin cita previa: Centro ambulatorio que cuenta con una licencia de acuerdo con la ley de Florida o leyes similares de otro estado:

1. Por lo general forma parte de una tienda minorista.
2. Comparte información clínica sobre el tratamiento con el médico de cabecera del paciente.
3. Trata una cantidad limitada de enfermedades comunes y de baja intensidad, cuando no es posible acceder al médico de cabecera del paciente.
4. Su personal incluye, al menos, un profesional de enfermería avanzada registrado (Advanced Registered Nurse Practitioner, ARNP) que actúa de acuerdo con un conjunto de protocolos clínicos que define y restringe de forma estricta las afecciones que un ARNP puede tratar.

Aunque en el centro de consultas sin cita previa no hay un médico presente, la supervisión médica se basa en un acuerdo de colaboración por escrito entre un médico supervisor y el ARNP.

Copago: Monto establecido en dólares que usted debe pagarle al proveedor por determinados servicios cubiertos y medicinas recetadas.

Proveedor cubierto: Una persona, institución o centro definido en este manual que brinda servicios o suministros cubiertos. Cuando este Plan exige la licencia o certificación del estado de Florida, la licencia del estado en el que se brinda el servicio o suministro reemplazará la licencia o certificado de Florida.

Servicios y suministros cubiertos: Servicios y suministros de cuidado de la salud, incluidos los artículos farmacéuticos descritos en la sección 9, para los cuales este Plan cubre el reembolso. La División del Seguro Grupal del Estado (DSGI) tiene autoridad final para determinar si un servicio o suministro está cubierto, limitado o excluido por el Plan.

Servicios o cuidados asistenciales o de custodia: Servicios o cuidados con fines de mantenimiento, que permiten asistir a una persona en las actividades de la vida cotidiana, como caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparar dietas especiales y supervisar la administración de medicinas que, por lo general, pueden autoadministrarse o ser administradas por un cuidador domiciliario capacitado. El cuidado asistencial consiste, básicamente, en el cuidado que no requiere

atención continua de parte del personal médico o paramédico capacitado y que puede ser proporcionado por cuidadores domiciliarios o enseñado a estos últimos. Para determinar si una persona está recibiendo cuidado asistencial, se toma en cuenta el nivel de atención y supervisión médica requerido y prestado. Una determinación de que los cuidados recibidos son asistenciales no se basa en el diagnóstico del paciente, tipo de afección, grado de limitación funcional o potencial de rehabilitación.

Los cuidados o servicios que satisfacen esta definición no están cubiertos por el Plan. Consulte la sección 5 de este manual.

Discapacidad del desarrollo: Trastorno o síndrome con las siguientes características: 1) se puede atribuir a un retraso, parálisis cerebral, autismo, espina bífida o síndrome de Prader-Willi; 2) se manifiesta antes de los 18 años; 3) constituye una discapacidad sustancial que se puede prever, de forma razonable, que continuará de forma indefinida.

Educador en diabetes: Se refiere a la persona que está debidamente certificada conforme a la ley de Florida o leyes similares de otro estado, para supervisar los servicios de entrenamiento y educación para el autotratamiento ambulatorio de la diabetes. Estos servicios están diseñados para enseñarles a diabéticos o prediabéticos las habilidades de autotratamiento y los cambios en el estilo de vida para tratar la diabetes de forma eficiente y evitar o retrasar las complicaciones que surgen de la diabetes.

Centro de diálisis: Se refiere a las instalaciones ambulatorias certificadas por la Administración de Financiamiento de los Cuidados de la Salud de los Estados Unidos (U.S. Health Care Financing Administration) y la Agencia para la Administración de los Cuidados de la Salud del Estado de Florida (Florida Agency for Health Care Administration) o autorizadas por las leyes de otro estado para proporcionar servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal y de apoyo a estos.

Nutricionista: Se refiere a la persona debidamente autorizada conforme a las leyes de Florida o una ley similar aplicable de otro estado para proporcionar orientación de nutrición a los servicios de autotratamiento ambulatorio de la diabetes.

Proveedor de equipos médicos duraderos (DME): Una persona o entidad con licencia del estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, para brindar equipos médicos domiciliarios, servicios de oxigenoterapia o suministros para diálisis en el hogar del paciente, de acuerdo con la indicación de un médico.

Doctor/Médico: Un Doctor en medicina (M.D.), osteopatía (D.O.), podología quirúrgica (D.S.C.) o medicina pediátrica (D.P.M.), con licencia emitida por

el estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, para practicar la medicina y llevar a cabo cirugías en el momento y lugar donde se presta el servicio. También significa lo siguiente:

1. dentista con licencia que lleva a cabo procedimientos dentales quirúrgicos o no quirúrgicos cubiertos por este Plan, u ofrece tratamiento para lesiones causadas por accidentes;
2. optometrista con licencia que lleva a cabo procedimientos cubiertos por este Plan;
3. psicólogo con licencia o profesional de la salud mental con licencia, según lo define la ley de Florida o las leyes similares de otro estado, que ofrece servicios cubiertos;
4. quiropráctico con licencia que lleva a cabo procedimientos cubiertos por este Plan.

Para ser considerado como médico por este Plan, los profesionales del cuidado de la salud deben brindar servicios cubiertos dentro del alcance de sus licencias profesionales.

Síndrome de Down: Trastorno cromosómico causado por un error en la división celular, que tiene como resultado la presencia de una copia total o parcial del cromosoma 21.

Servicios experimentales o de investigación: Toda evaluación, tratamiento, terapia o dispositivo que satisface cualquiera de los siguientes criterios:

1. No se puede comercializar de forma legal sin la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos o del Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health) y, en el momento en que se presta el servicio a la persona cubierta, no se ha emitido la aprobación para la comercialización en los Estados Unidos.
2. Es objeto de una investigación clínica de fase I o II en curso, o la rama experimental o de investigación de una investigación clínica de fase III, o se ha sometido a un estudio para determinar la dosis máxima, toxicidad, seguridad o eficacia, o para determinar la eficacia en comparación con el tratamiento estándar de la afección.
3. Por lo general, los expertos en los Estados Unidos consideran que se requieren más estudios para determinar la dosis máxima, toxicidad, seguridad o eficacia o para determinar la eficacia en comparación con el tratamiento estándar de la afección.
4. Su seguridad y eficacia para el tratamiento de la afección no se ha comprobado, según la bibliografía médica más reciente publicada en los Estados Unidos, Canadá o Gran Bretaña, o del uso de metodologías o prácticas estadísticas científicas, médicas o de salud pública generalmente aceptadas.

5. No ha sido determinado como seguro y efectivo para tratar la afección por el consenso de los médicos que ejercen la profesión en los Estados Unidos.
6. No es utilizado regularmente por los médicos que ejercen la profesión en los Estados Unidos, para tratar pacientes con la misma afección o una afección similar.

Florida Blue, CVS Caremark y la DSGI determinan si un servicio o suministro es experimental o de investigación.

Responsable en términos financieros: Nivel de respaldo financiero suficiente para declarar a un dependiente elegible como exención en la declaración federal de impuestos sobre la renta de un asegurado.

Proveedor de asistencia en el hogar: Persona con certificación legal de acuerdo con la ley de Florida o las leyes de otro estado, que indica que completó una carrera aprobada y es empleado de una institución o agencia certificada por el estado.

Agencia de cuidado de la salud en el hogar: Una agencia o institución con licencia emitida por la agencia adecuada del estado de Florida o las leyes similares de otro estado, para brindar un plan de servicios adecuado a personas confinadas a sus hogares o convalecientes, que no están hospitalizadas. Una agencia de cuidado de la salud en el hogar puede funcionar de forma independiente o como parte de un hospital. Las organizaciones u otras personas que brindan servicios de hemodiálisis en el hogar no son agencias de cuidado de la salud en el hogar.

Programa para Pacientes Terminales: Programa autónomo, administrado de forma centralizada y coordinado por enfermeros que ofrece cuidado ambulatorio y hospitalario a una persona cubierta que padece una enfermedad terminal y a los integrantes de la familia de esa persona. En un Programa para Pacientes Terminales, un equipo de proveedores de cuidado de la salud brinda cuidados paliativos y de apoyo para satisfacer las necesidades especiales que se presentan durante las etapas finales de una enfermedad, la muerte y el duelo. Este equipo de proveedores incluye un médico y profesional de enfermería, y también puede incluir un trabajador social, miembro del clero, terapeuta y voluntarios.

Hospital: Institución con licencia emitida por la ley de Florida o leyes similares de otro estado, que brinda atención médica y tratamiento a un paciente, como resultado de una enfermedad, un accidente o trastorno nervioso, de forma hospitalaria o ambulatoria, y cumple los siguientes requisitos:

1. Está acreditado por la Comisión Conjunta (Joint Commission), la Asociación Norteamericana de Osteopatía (American Osteopathic Association)

o la Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación (Commission on the Accreditation of Rehabilitative Facilities). Es posible que las instituciones con licencia en regiones rurales o áreas con población escasa no requieran acreditación.

2. Mantiene centros de diagnóstico y terapia para el diagnóstico médico y quirúrgico, y el tratamiento de pacientes bajo la supervisión del personal conformado por médicos con licencia. Es posible que un centro se considere hospital si no cuenta con instalaciones para cirugías mayores pero brinda, principalmente, servicios de rehabilitación para el tratamiento de una discapacidad física.
3. Brinda servicios de enfermería de forma continua, las 24 horas del día, con la supervisión de profesionales de enfermería registrados.

El término "hospital" no incluye instituciones especializadas o centros residenciales, hospitales gubernamentales de los Estados Unidos u otros hospitales operados por unidades gubernamentales, a menos que el hospital cobre una suma que el paciente esté legalmente obligado a pagar, independientemente de coberturas de seguros.

Médicos que ejercen la medicina hospitalaria:

Médicos que se especializan en el cuidado de pacientes que se encuentran en entornos hospitalarios de atención para afecciones agudas (hospitalistas de cuidados agudos y centros de enfermería especializada). Un médico que ejerce la medicina hospitalaria supervisa la internación de un asegurado y coordina la totalidad de su atención hospitalaria. Dicho médico debe comunicarse con el médico seleccionado por el asegurado y enviarle registros e información, tales como el resumen del alta, una vez que el paciente haya recibido el alta del hospital o centro de enfermería especializada.

Enfermedad: Afección o enfermedad física, embarazo, lesión física o anomalía congénita. A los fines de este Plan, este término incluye los servicios médicamente necesarios relacionados con procedimientos quirúrgicos que no son de emergencia realizados por un médico para la esterilización.

Laboratorio clínico independiente: Centro con la licencia adecuada emitida por el estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, en el que se analizan materiales o muestras humanas con el fin de establecer un diagnóstico o proceder a la prevención o el tratamiento de una enfermedad.

Unidad de cuidados intensivos: Área especializada de un hospital en el que un paciente que padece una enfermedad aguda recibe tratamientos o cuidados intensivos. El costo que un hospital cobra por los servicios en la Unidad de cuidados intensivos incluye los servicios del personal profesional y los enfermeros

especialmente capacitados, suministros, el uso de equipos y la pensión del paciente. Una Unidad de cuidados coronarios también se considera una Unidad de cuidados intensivos.

Tratamiento ambulatorio intensivo: Se refiere al tratamiento en el que una persona recibe por lo menos 3 horas clínicas de atención institucional por día (período de 24 horas) durante por lo menos 3 días a la semana y que regresa a su hogar o que no es atendida como paciente internado durante el resto de ese período de 24 horas. Un hospital no podrá considerarse como un "hogar" a los fines de esta definición.

Servicios manipulativos: Medicina física que implica el uso hábil y capacitado de las manos para tratar enfermedades o síntomas producidos como consecuencia de la alineación deficiente de la columna.

Masajista: Persona con licencia emitida de acuerdo con la ley de Florida o leyes similares de otro estado para practicar la terapia de masajes.

Masaje o Masoterapia: Se refiere a la manipulación de los tejidos superficiales del cuerpo humano empleando la mano, el pie, el brazo o el codo. A los fines de este Manual del Plan y Documento de beneficios, el término masaje o masoterapia no incluye la aplicación o el uso de las técnicas o elementos que se presentan a continuación o similares con el propósito de ayudar a manipular los tejidos superficiales: compresas calientes o frías; hidroterapia; irrigación del colon; terapia termal; preparaciones químicas o herbales; baños de parafina; luz infrarroja; luz ultravioleta; tanque de Hubbard; o baños de contraste.

Medicamento necesario: Servicios necesarios para identificar o tratar una enfermedad, lesión, afección, o trastorno mental o nervioso que un médico ha diagnosticado o sobre cuya existencia tiene sospechas. El servicio debe cumplir los siguientes requisitos:

1. debe ser consistente con el síntoma, diagnóstico y tratamiento de la afección del paciente;
2. debe ser consistente con los estándares de buenas prácticas médicas;
3. debe ser necesario por motivos distintos de la comodidad del paciente o del médico;
4. debe estar aprobado por la organización o junta médica apropiada para tratar la afección en cuestión;
5. debe ser consistente con el nivel más apropiado de suministros, servicios o cuidados médicos que se puedan brindar de forma segura.

Al implementar la definición de "medicamento necesario" a un servicio específico, medicina recetada o suministro, es posible que implementemos los

lineamientos de nuestra cobertura y pagos vigentes en el momento. El hecho de que un servicio, medicina recetada o suministro sea indicado por un médico no significa, necesariamente, que el servicio es médicamente necesario. Florida Blue, CVS Caremark y la DSGI determinarán si un servicio, medicina recetada o suministro es médicamente necesario. Usted puede obtener un servicio, medicina recetada o suministro, aun cuando nosotros deneguemos la cobertura por no tratarse de un servicio, medicina recetada o suministro médicamente necesario; sin embargo, usted será exclusivamente responsable por el pago de ese servicio, medicina recetada o suministro.

Suministros o equipos médicos: Suministros o equipos que satisfacen estas condiciones:

1. son indicados por un médico;
2. no se siguen utilizando una vez que finaliza la necesidad médica;
3. solo pueden ser utilizados por el paciente específico;
4. no persiguen el fin principal de brindarle comodidad o higiene al paciente;
5. no persiguen el fin de ejercer el control ambiental;
6. no tienen el objetivo de ser utilizados para realizar ejercicios;
7. son fabricados específicamente para el uso médico.

Trastorno mental y nervioso: Se refiere a cualquier trastorno enumerado en las categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9 CM o ICD-10 CM), o sus equivalentes en la versión más reciente publicada del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, sin importar la causa subyacente o el efecto del trastorno.

Profesional de la salud mental: Una persona debidamente autorizada para proporcionar servicios de salud mental de conformidad con el capítulo 491 de los Estatutos de Florida, o una ley similar aplicable de otro estado. Este profesional puede ser un(a) trabajador(a) social clínico(a), consejero de salud mental o un terapeuta matrimonial o familiar. Un profesional de la salud mental no incluye a los miembros de denominaciones religiosas que ofrecen Servicio de orientación.

Asistente de partos: Una persona con licencia emitida por el estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, para asistir en el parto. Se trata de una persona que recibió una capacitación especial en obstetricia y está capacitada para asistir en el parto.

Cantidad permitida dentro de la red (cantidad permitida): La cantidad máxima que este Plan aprobará por los Servicios y Suministros Cubiertos recibidos de un proveedor cubierto que es miembro de

la red de tipo organización de proveedores preferidos PPCSM de Florida Blue.

Proveedor de la red (dentro de la red, preferido o participante): Proveedores cubiertos que son miembros de la red PPCSM de Florida Blue, o miembros de otra red de proveedores preferidos de un Plan de Blue Cross o Blue Shield, que están a disposición de individuos cubiertos conforme a las reglas del Programa BlueCard[®].

Cantidad permitida fuera de la red (cantidad permitida): La cantidad máxima que este Plan aprobará por los Servicios y Suministros Cubiertos recibidos de un proveedor cubierto que no es miembro de la red de tipo organización de proveedores preferidos.

Proveedor fuera de la red (fuera de la red, no preferido o no participante): Proveedores cubiertos que no son miembros de la red PPCSM de Florida Blue o de otro plan de Blue Cross o Blue Shield bajo el Programa BlueCard[®].

Asistente de enfermería: Persona que asiste a enfermeros profesionales en un hospital u otro entorno y realiza tareas de rutina que requieren escasa capacitación formal, educación, certificación o licencia.

Enfermero anestesiólogo: Un profesional de enfermería registrado y con licencia del estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, que administra anestesia a pacientes en el quirófano y la sala de partos. La anestesia provoca la pérdida parcial o total de la sensación y, por lo general, se administra a través de una inyección o de la inhalación.

Centro de atención médica ambulatoria: Un centro con licencia del estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, distinto del consultorio del fisioterapeuta o asistente de partos, que brinda servicios ambulatorios para tratar una enfermedad o accidente, a excepción de los trastornos mentales y nerviosos, la drogadicción o el alcoholismo.

Cobro en exceso: En la opinión de la DSGI, se define como cualquiera de los siguientes cobros para los cuales se presenta una reclamación del Programa de Paciente Auditor dentro de los seis (6) meses de la fecha del pago de la reclamación del seguro de salud:

1. todo costo pagado por este Plan por un servicio suministro cubierto, cuando dicho servicio o suministro no es recibido por el participante cubierto;
2. Todo cobro de parte de un proveedor cubierto por un servicio o suministro cubierto que se pague a través de este Plan y exceda la suma previamente acordada por el proveedor por escrito para brindarle al participante dicho servicio o suministro; sin embargo,

en ningún caso un cobro en exceso incluirá los montos que exceden la cantidad permitida por el Plan o la cantidad permitida para dicho servicio o suministro, ni incluirá cargos adicionales como consecuencia de complicaciones u otros procedimientos médicamente necesarios que no se previeron;

3. toda suma pagada por este Plan debido a un error de facturación por parte de un proveedor cubierto.

Hospitalización parcial: Se refiere al tratamiento en el que una persona recibe por lo menos seis (6) horas clínicas de atención institucional por día (período de 24 horas) durante por lo menos 5 días a la semana y que regresa a su hogar o no es atendido como paciente internado durante el resto de ese periodo de 24 horas. Un hospital no podrá considerarse como un "hogar" a los fines de esta definición.

Proveedores con pago por servicios hospitalarios (PHS): Proveedores que no forman parte de la red Preferred Patient CareSM pero que tienen un contrato de servicios hospitalarios con Florida Blue para brindar servicios como proveedores PHS de Florida Blue, a una tarifa negociada. Estos proveedores también se conocen como proveedores participantes del Programa Tradicional de Florida Blue.

Proveedores con pago por servicios profesionales (PPS): Proveedores que no forman parte de la red Preferred Patient CareSM pero que tienen un contrato con Florida Blue para brindar servicios como proveedores PPS de Florida Blue, a una tarifa negociada. Estos proveedores también se conocen como proveedores participantes del Programa Tradicional de Florida Blue.

Cuidados paliativos: Reducción o mitigación del dolor y de otros síntomas molestos, a través de servicios brindados por miembros del equipo de proveedores de atención médica del Programa para Pacientes Terminales.

Fisioterapeuta: Persona con licencia emitida de acuerdo con la ley de Florida o leyes similares de otro estado para practicar la fisioterapia.

Asistente del médico: Una persona especialmente capacitada y con licencia emitida por el estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, para realizar tareas que, por lo general, son realizadas por un médico. Los asistentes del médico trabajan bajo la supervisión de un médico.

Red Preferred Patient CareSM (PPCSM): Marca registrada de la red tipo organización de proveedores preferidos de Florida Blue.

Médico de cabecera: Todo médico cubierto cuya formación principal consiste en la práctica de medicina familiar, medicina general, medicina interna o medicina pediátrica.

Ortopedista: Persona o entidad con licencia del estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado para brindar servicios de diseño o construcción de dispositivos médicos tales como órtesis, férulas y extremidades artificiales bajo receta médica.

Centro psiquiátrico: Se refiere al establecimiento debidamente autorizado por las leyes de Florida, o una ley similar aplicable de otro estado, para proporcionar atención y tratamiento médicamente necesario para trastornos mentales y nerviosos. A los efectos del presente Contrato, un centro psiquiátrico no es un hospital o un centro de rehabilitación contra el abuso de sustancias, según se define aquí.

Psicólogo(a): Se refiere a una persona debidamente autorizada para ejercer la psicología de conformidad con el capítulo 490 de los Estatutos de Florida, o una ley similar aplicable de otro estado.

Nutricionista: Se refiere a la persona debidamente autorizada conforme a las leyes de Florida o una ley similar aplicable de otro estado para proporcionar orientación sobre nutrición a los servicios de autotratamiento ambulatorio de la diabetes.

Profesional de enfermería registrado (RN) o practicante de enfermería (LPN): Persona con licencia emitida por el estado de Florida o de acuerdo con una ley similar de otro estado para practicar la enfermería.

Enfermero instrumentista titulado: Un profesional de enfermería que trabaja con un cirujano y tiene conocimientos y capacitación específicos sobre prácticas quirúrgicas.

Hospital de rehabilitación u hospital de rehabilitación integral: Un hospital con licencia para hospitales especializados emitida por la Agencia para la Administración de los Cuidados de la Salud del Estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, dado que el hospital ofrece un programa de servicios de rehabilitación médica integral y está diseñado, equipado, organizado y administrado, exclusivamente, para ofrecer servicios de rehabilitación médica integral, y dado que todas las camas autorizadas en el hospital se clasifican como "camas para la rehabilitación general" y no como "camas generales".

Centro de tratamiento residencial: Se refiere a un centro debidamente autorizado por las leyes de Florida o una ley similar aplicable de otro estado, para proporcionar atención y tratamiento por trastornos mentales y nerviosos, y dependencia de sustancias, y que cumple con todos los siguientes requisitos:

- cuenta con profesionales de la salud mental en las instalaciones las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- cuenta con acceso a los servicios médicos

necesarios las 24 horas del día, los 7 días de la semana;

- cuenta con acceso a, por lo menos, sesiones semanales con un profesional de la salud conductual debidamente autorizado para ejercer de forma independiente la psicoterapia individual;
- tiene un plan de tratamiento activo personalizado dirigido al alivio de la disfunción que causó la internación en el centro;
- ofrece un nivel de intervención especializada congruente con el riesgo del paciente;
- no es un programa de tratamiento en campo abierto ni un programa, escuela o servicio educativo relacionado o similar a este.

En lo que respecta al tratamiento de dependencia de sustancias, además de lo anterior, debe cumplir con lo siguiente:

- si se necesitan servicios de desintoxicación, ofrece acceso a los servicios médicos necesarios en sus instalaciones las 24 horas del día y los 7 días a la semana, los cuales deben estar supervisados de forma activa por un médico tratante;
- capacidad de evaluar y reconocer las complicaciones de la abstinencia que ponen en riesgo la vida o las funciones corporales y de obtener los servicios necesarios, ya sea en las mismas instalaciones o de forma externa;
- está supervisado por un médico en las instalaciones las 24 horas del día y los 7 días a la semana con evidencia de observación cercana y frecuente.

Servicios de tratamiento residencial: Tratamiento en el cual una persona es admitida en el centro por lo menos una noche por un médico con licencia emitida por el estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, ya sea en un hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento residencial que cuente con licencia emitida por el estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, y recibe tratamiento diario en persona de parte de un profesional de la salud mental, con licencia emitida por el estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, durante al menos ocho (8) horas por día, cada día. El médico debe realizar la evaluación para la hospitalización con documentación y órdenes de tratamiento en un plazo de 48 horas, y proporcionar evaluaciones documentadas, por lo menos, semanalmente. Debe desarrollarse un plan de tratamiento multidisciplinario dentro de los tres (3) días siguientes a la admisión y se debe actualizar cada semana.

Atención de enfermería especializada: Cuidado proporcionado por un profesional de enfermería registrado o bajo su supervisión (bajo la dirección general del médico), a fin de lograr el resultado médico

deseado y de garantizar la seguridad de la persona cubierta. La atención de enfermería especializada puede incluir la proporción de cuidado directo cuando la capacidad de brindar el servicio requiere capacitación profesional o especializada, observación y evaluación de las necesidades médicas del participante, o supervisión de un plan de tratamiento médico que implica varios servicios, donde se debe implementar conocimiento especializado sobre el cuidado de la salud para alcanzar los resultados médicos deseados.

Centro de enfermería especializada: Institución con licencia emitida por el estado de Florida o de acuerdo con leyes similares de otro estado, o una parte diferenciada de un hospital que, principalmente, les brinda lo siguiente a los pacientes hospitalizados:

1. atención de enfermería especializada de parte de profesionales de enfermería registrados o bajo la supervisión de estos;
2. servicios de rehabilitación de parte de fisioterapeutas con licencia o bajo la supervisión de estos;
3. otros servicios médicamente necesarios relacionados con la salud.

Dientes naturales sanos: Se denominan así a los dientes que están enteros o restaurados correctamente (restauraciones con amalgama, resina o resinas compuestas únicamente); están sin daños, afecciones periodontales u otras; y no necesitan los servicios provistos por ningún otro motivo que una lesión dental accidental. Los dientes que anteriormente hayan sido restaurados con una corona, incrustación, corona parcial o una restauración de porcelana, o con endodoncia, no son dientes naturales sanos.

Médico especializado o especialista: Todo proveedor de atención médica cubierto no considerado como médico de cabecera.

Medicinas especializadas: tienen costos elevados, ya sean inyectables, administradas a través de infusiones, por vía oral o por inhalación, y se utilizan para tratar determinadas fases de enfermedades crónicas o genéticas. Las medicinas especializadas incluyen medicinas obtenidas mediante la ingeniería genética (en ocasiones denominadas medicinas biotecnológicas) que se utilizan para tratar afecciones, que incluyen, entre otras, la artritis reumatoide, hepatitis C, esclerosis múltiple, deficiencia de la hormona del crecimiento y oncología. Estas medicinas, con frecuencia, requieren un tratamiento personalizado y control frecuente por parte de un médico, y es posible que requieran condiciones únicas para el envío por correo (por ejemplo, envío en el plazo de 24 horas), almacenamiento (por ejemplo, refrigeración), y administración (por ejemplo, capacitación para la administración de inyecciones).

Centro o institución especializada: Centro que se especializa en el tratamiento de trastornos psiquiátricos o de abuso de sustancias, que cuenta con una licencia emitida por el Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families) del estado de Florida como centro o institución especializada y que está acreditado por la Comisión Conjunta.

Centro para tratar el abuso de sustancias: Un establecimiento debidamente autorizado por las leyes de Florida, o una ley similar aplicable de otro estado, para proporcionar atención y tratamiento necesarios contra la dependencia de sustancias. Para los efectos del presente Contrato, un centro para realizar un tratamiento contra el abuso de sustancias no es un Hospital o un Centro psiquiátrico, según su definición en el presente.

Dependencia de sustancias: Es una afección en la que el consumo de alcohol o drogas de una persona daña su salud; interfiere con su funcionamiento económico o social, o causa que el individuo pierda el autocontrol.

Enfermedad terminal: Una persona tiene una enfermedad terminal cuando se prevé que le quedan seis meses de vida o menos, debido a una enfermedad crónica progresiva que, de acuerdo con su médico, no tiene cura.

Proveedores del Programa Tradicional: Proveedores que no forman parte de la red Preferred Patient CareSM (PPCSM) pero que tienen contratos de participación con Florida Blue y fueron designados por Florida Blue como proveedores del Programa Tradicional, incluidos los proveedores PPS y PHS.

Aviso de privacidad del seguro de salud grupal de empleados del estado de Florida

Esta información describe cómo se puede usar y divulgar la información médica acerca de usted y cómo puede acceder a esta información. Léala con atención.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 impone varios requisitos sobre los planes de salud del empleador, con respecto al uso y la divulgación de información de salud individual.

Esta información, conocida como información protegida de salud (protected health information, PHI) incluye casi toda la información de salud que permite identificar a una persona incluida en los planes de salud del empleador, independientemente de que se haya recibido por escrito, a través de un medio electrónico o de forma oral. Este aviso describe las prácticas de privacidad del estado de Florida, sus cuentas de gastos flexibles, cuentas de ahorros de salud, cuentas de reembolsos de salud, Planes de Seguro de Salud Grupal del Estado, organizaciones de mantenimiento de la salud (health maintenance organization, HMO), Programa de Medicinas Recetadas para empleados estatales y otros planes del Programa de Seguro Grupal del Estado (conjuntamente denominados "Planes").

Los Planes abarcados por este aviso participan en un "acuerdo organizado de cuidado de la salud", dado que están patrocinados por el estado de Florida. Los Planes pueden compartir información de salud entre sí, con sus agentes y con el estado, para llevar a cabo tratamientos, pagos y otras actividades de cuidados de la salud.

Las obligaciones del Plan con respecto a la información de salud sobre usted

La ley les exige a los Planes que mantengan la privacidad de su información de salud, que le proporcionen un aviso sobre las obligaciones legales del Plan y las prácticas de privacidad con respecto a la información de salud, y que le informen cuando se infrinja la información de salud protegida no asegurada.

Los asegurados de un Plan de Seguro de Salud Grupal del Estado, Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) u otro plan recibirán avisos y demás correspondencia directamente de un administrador externo o aseguradora que administra el plan (por ejemplo, Florida Blue, Aetna, AvMed, United Healthcare, Capital Health Plan, SurgeryPlus, CVS Caremark, etc.). Los asegurados, además, recibirán avisos directamente de otros agentes del Programa de Seguro Grupal del Estado.

Es importante tener en cuenta que estas reglas solo rigen con respecto a los planes especificados anteriormente, no al Estado como su empleador. Es

posible que se implementen otras pólizas en el caso de otros programas estatales y registros no relacionados con los planes.

De qué manera los Planes pueden usar o divulgar su información de salud

Las reglas de privacidad, por lo general, permiten el uso y la divulgación de su información de salud sin su permiso (lo cual se conoce como autorización) con el fin de proporcionar tratamiento médico, y realizar pagos y otras actividades. Aquí se incluyen algunos ejemplos de lo que esto implica:

- El tratamiento implica la prestación, coordinación o administración del cuidado de la salud de parte de uno o más proveedores de atención médica, médicos o Planes. El tratamiento, además, incluye la coordinación o administración del cuidado entre un proveedor y un tercero, y consultas y derivaciones entre proveedores. Por ejemplo, los Planes pueden compartir información de salud sobre usted con médicos que lo están tratando.
- El pago incluye las actividades llevadas a cabo por estos Planes o proveedores para obtener primas, tomar decisiones sobre la cobertura, y realizar reembolsos por la atención médica. Esto puede incluir decisiones sobre la elegibilidad, revisión de servicios para determinar la adecuación o necesidad médica de las actividades de gestión de uso, la administración de reclamaciones y la facturación, así como las funciones del plan "detrás de escena", como el ajuste de riesgos, el cobro y reaseguro. Por ejemplo, los Planes podrán compartir información sobre su cobertura o sobre los gastos que efectuó con otro plan de salud, para coordinar el pago de beneficios.
- Las actividades de cuidados de la salud incluyen aquellas llevadas a cabo por estos Planes (y, en circunstancias limitadas, por otros planes o proveedores), como los programas de evaluación de bienestar y riesgos, la evaluación de calidad y las actividades de mejora, la atención al cliente y la resolución de reclamaciones internas. Las actividades de cuidados de la salud también incluyen las evaluaciones de proveedores, obtención de credenciales, capacitación, actividades de acreditación, suscripción, clasificación de primas, programación de revisiones médicas y auditorías, y planificación y desarrollo comercial. Por ejemplo, los Planes podrán usar la

información sobre sus reclamaciones para revisar la eficacia de los programas de bienestar.

La cantidad de información de salud utilizada o revelada se limitará a lo “mínimo necesario” a tales fines, según lo define la HIPAA.

De qué manera los Planes pueden compartir su información de salud

Los Planes divulgarán su información de salud al Estado sin su autorización por escrito, con fines administrativos. El Estado acepta no usar ni divulgar su información de salud de forma diferente a lo permitido o exigido por los documentos del plan y la ley.

Los Planes, además, podrán divulgar “información de salud resumida” al Estado con el fin de obtener ofertas de primas para brindar cobertura bajo los Planes, o para modificar, enmendar o rescindir los Planes. La información de salud resumida consiste en un resumen de la información sobre reclamaciones de participantes, pero que no incluye nombres ni otro tipo de información identificatoria.

Además, los Planes pueden divulgar información al Estado que indique si una persona participa o no en los Planes, o si se ha afiliado o desafiliado en alguna opción disponible ofrecida por los Planes.

El Estado no puede usar información de salud obtenida a través de los Planes para tomar medidas relacionadas con el empleo, y se abstendrá de hacerlo. Sin embargo, la información de salud recopilada por el Estado a partir de otras fuentes no está protegida por la HIPAA (aunque este tipo de información podrá estar protegida por otras leyes estatales o federales).

Otros usos o divulgaciones permitidas de su información de salud

Los Planes también podrán usar o divulgar su información de salud sin su autorización por escrito, de las siguientes maneras:

- A socios comerciales: los Planes podrán usar y divulgar PHI a determinadas personas, entidades o agentes (socios comerciales) con quienes hemos celebrado contratos para que realicen o presten determinados servicios en representación de los Planes. Para realizar o prestar estos servicios, el socio comercial podrá crear, recibir, mantener o transmitir su PHI. Nuestros socios comerciales pueden volver a divulgar su PHI a subcontratistas para que estos puedan proporcionar servicios a los socios comerciales. Cuando el acuerdo con un socio comercial implica el uso o la divulgación de PHI, se celebrará un contrato que protegerá la privacidad de su información de salud. Los subcontratistas estarán sujetos a las mismas restricciones y condiciones correspondientes a los socios comerciales.

- A un familiar, amigo cercano u otra persona que participa en su cuidado: en determinados casos, su información de salud se podrá divulgar sin autorización a un familiar, amigo cercano u otra persona que especifique y que participa en su cuidado o en el pago de su cuidado. Se le podrá brindar información que describe su ubicación, estado general o muerte a una persona similar (u a otra entidad pública o privada autorizada a prestar asistencia en las tareas de mitigación de desastres). Por lo general, se le dará la posibilidad de aceptar o rechazar estas divulgaciones. Sin embargo, es posible que se implementen excepciones, por ejemplo, si no está presente o si está incapacitado. Además, su información de salud se podrá divulgar sin su autorización a su representante legal.
- Según lo permite la ley: Su PHI se podrá usar o divulgar en la medida en que dicho uso o revelación esté permitido por la ley.
- Para la seguridad y salud pública: Su PHI se podrá usar o divulgar en la medida necesaria para evitar una amenaza grave o inminente a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de los demás, para llevar a cabo actividades de supervisión de la salud pública, y para reportar sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica ante las autoridades gubernamentales.
- Con el fin de indemnizar a los trabajadores: Su PHI se podrá divulgar según lo permiten las leyes de indemnización de los trabajadores y otras leyes similares.
- Para llevar a cabo procedimientos judiciales y administrativos: Se podrá divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de presentación de pruebas y otros procesos legales.
- Con el fin de hacer cumplir la ley: Su PHI se podrá divulgar ante un funcionario del orden público con el fin de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, se podrá divulgar para identificar o localizar a una persona.
- Ante un médico forense o director de funeraria o para la donación de órganos: Su PHI se podrá divulgar ante un médico forense o examinador médico, con fines de identificación, para determinar la causa de muerte o para permitirles llevar a cabo funciones autorizadas. La PHI también puede divulgarse para propósitos de donación de órganos, ojos o tejido cadavérico.
- Con fines de investigación: Su PHI se podrá divulgar a investigadores, cuando sus investigaciones hayan sido aprobadas por una junta de revisión institucional o un consejo de privacidad, y se hayan tomado medidas para

garantizar la privacidad de su PHI.

- Para llevar a cabo funciones gubernamentales especializadas: Su PHI se podrá divulgar para llevar a cabo funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
- Reclusos: Si usted es un recluso, su PHI se podrá divulgar a una institución correccional o un funcionario del orden público con el fin de (i) brindarle atención médica; (ii) preservar su salud y seguridad, así como la salud y seguridad de los demás; o (iii) preservar la seguridad de la institución correccional.

Los Planes también podrán usar y revelar PHI a la hora de ofrecerle recordatorios sobre citas o información sobre sus alternativas de tratamiento, u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Usos y divulgaciones de la PHI que requieren autorización

Los Planes obtendrán su autorización por escrito para lo siguiente:

- la mayoría de las divulgaciones de notas de psicoterapia;
- usos y divulgaciones de su PHI con fines publicitarios;
- divulgaciones de su PHI que constituyen una venta;
- otros usos y divulgaciones que no se describen en este aviso.

Si les ha proporcionado una autorización a los Planes, puede revocarla en cualquier momento. Debe enviar su solicitud por escrito a los Planes. Sin embargo, no puede revocar su autorización para un Plan que ya tomó medidas basándose en ella. En otras palabras, no puede revocar su autorización con respecto a divulgaciones que el Plan ya realizó.

Sus derechos personales

Usted goza de los siguientes derechos con respecto a su información de salud en poder de los Planes. Estos derechos están sujetos a determinadas limitaciones, especificadas a continuación. Esta sección del aviso describe cómo puede hacer uso de cada derecho individual con respecto a los Planes. Para obtener los formularios necesarios para hacer uso de sus derechos, comuníquese con la División del Seguro Grupal del Estado, utilizando esta información de contacto: Division of State Group Insurance, P.O. Box 5450, Tallahassee, FL, 32314-5450. Los avisos que reciba del administrador externo de su seguro, CVS Caremark,

HMO, u otro plan (según corresponda) describirán el modo en que podrá hacer uso de estos derechos para las actividades que estos lleven a cabo.

Derecho a solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones de su información de salud y derecho de los Planes a denegarlas

Tiene derecho a solicitar a los Planes que restrinjan el uso y la divulgación de su información de salud, con el fin de llevar a cabo tratamientos, pagos o actividades de cuidados de la salud, a excepción de los usos y las divulgaciones exigidas por la ley. Tiene derecho a solicitar a los Planes que restrinjan el uso y la divulgación de su información de salud a sus familiares, amigos cercanos u otras personas que identifique como involucradas en su cuidado o en el pago de su cuidado. También tiene derecho a pedir a los Planes que restrinjan el uso y la divulgación de información de salud para informar a dichas personas sobre su ubicación, estado general o muerte, o para coordinar dichos esfuerzos con entidades que brindan asistencia en los esfuerzos de mitigación de desastres. Si desea hacer uso de este derecho, realice su solicitud por escrito.

Los Planes no tienen la obligación de estar de acuerdo con una restricción solicitada. Si los Planes están de acuerdo, usted posteriormente podrá rescindir su restricción a través de una solicitud por escrito o a través de un acuerdo con los Planes (incluido un acuerdo oral), o la restricción podrá ser rescindida unilateralmente por los Planes con respecto a la información de salud creada o recibida después de que usted haya recibido un aviso que indica que los Planes eliminaron las restricciones. Los Planes, además, podrán divulgar información de salud sobre usted en caso de que necesite un tratamiento de emergencia, incluso si los Planes acordaron una restricción.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su información de salud

Si cree que la divulgación de su información de salud a través de los medios habituales podría ponerlo en peligro de algún modo, los Planes contemplarán sus solicitudes razonables de recibir comunicaciones de información de salud de los Planes por medios alternativos o en lugares alternativos.

Si desea hacer uso de este derecho, debe enviar una solicitud por escrito a los Planes, donde deberá incluir una declaración que indique que la divulgación de la totalidad o parte de la información podría ponerlo en peligro. Este derecho estará condicionado por la provisión de una dirección o método de contacto alternativo y, cuando corresponda, la provisión de información con respecto a la forma en que se gestionará el pago, en caso de existir.

Derecho a revisar y copiar su información de salud

Usted tiene el derecho a inspeccionar su información de salud que consta en un "registro designado" y a obtener una copia de ella, con algunas excepciones. Esto puede incluir registros médicos y de facturación correspondientes a un proveedor de atención médica; datos sobre su afiliación, pagos, adjudicación de reclamaciones y sistemas de administración médica y de casos mantenidos por un plan; o un grupo de registros que los Planes usan para tomar decisiones sobre las personas. Sin embargo, no tiene derecho a inspeccionar notas de psicoterapia o información recopilada para procedimientos civiles, penales o administrativos ni a obtener copias de ellas. Además, los Planes podrán denegar su derecho al acceso, aunque, en determinadas circunstancias, usted podrá solicitar una revisión de la denegación.

Si desea hacer uso de este derecho, realice su solicitud por escrito. Dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud (60 días si la información de salud no está accesible en el lugar), los Planes le brindarán lo siguiente:

- el acceso a las copias que solicitó;
- una denegación por escrito que explica por qué su solicitud fue denegada y los derechos que puede tener a solicitar una revisión de la denegación o presentar una queja;
- una declaración por escrito que indique que el plazo para revisar su solicitud se extenderá por no más de 30 días, junto con los motivos de la demora y la fecha para la cual los Planes esperan responder a su solicitud.

Los Planes le podrán brindar un resumen o explicación de la información, en vez de ofrecerle acceso a su información de salud o copias de esta, en caso de que usted exprese su aceptación de antemano y pague las tarifas correspondientes. Los Planes, además, podrán cobrarle tarifas razonables en concepto de copias o franqueo. Si los Planes no mantienen la información de salud pero saben dónde se encuentra, se le informará a dónde debe dirigir su solicitud.

Derecho a enmendar su información de salud imprecisa o incompleta

Usted tiene derecho a solicitar que los Planes enmienden su información de salud incluida en un registro designado, con determinadas excepciones. Los Planes podrán denegar su solicitud por varios motivos. Por ejemplo, su solicitud puede ser denegada si la información de salud es precisa y está completa, si no fue creada por los Planes (a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible), si no forma parte de un registro designado, o si no está disponible para la inspección (por ejemplo, notas de psicoterapia

o información recopilada para procedimientos civiles, penales o administrativos).

Si desea hacer uso de este derecho, debe realizar su solicitud por escrito, y debe incluir una declaración que respalde la enmienda solicitada. Dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud, los Planes harán lo siguiente:

- realizarán la enmienda solicitada;
- emitirán una denegación por escrito que explica por qué su solicitud fue denegada y los derechos que puede tener a no estar de acuerdo o a presentar una queja;
- brindarán una declaración por escrito que indique que el plazo para revisar su solicitud se extenderá por no más de 30 días, junto con los motivos de la demora y la fecha para la cual los Planes esperan responder a su solicitud.

Derecho a recibir un detalle de las divulgaciones de su información de salud

Tiene derecho a recibir una lista de determinadas divulgaciones de su información de salud llevadas a cabo por los Planes. Por lo general, esto se denomina "detalle de las divulgaciones". Por lo general, recibirá un detalle de las divulgaciones si la divulgación es exigida por la ley, en relación con actividades de salud pública, a menos que se especifique algo diferente a continuación.

Podrá recibir información sobre divulgaciones de su información de salud correspondientes a los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. No tiene derecho a recibir un detalle de los siguientes tipos de divulgaciones:

- divulgaciones con fines de tratamiento, pago o actividades de cuidados de la salud;
- divulgaciones de su propia información de salud, con respecto a las cuales usted es el destinatario;
- divulgaciones incidentales a otras divulgaciones permitidas o exigidas;
- divulgaciones que fueron autorizadas;
- divulgaciones a familiares o amigos involucrados en su cuidado (cuando la divulgación se permite sin su autorización);
- divulgaciones con fines de inteligencia o seguridad nacional, o a instituciones correccionales u oficiales del orden público, en determinadas circunstancias;
- divulgaciones como parte de un "conjunto limitado de datos" (información de salud que excluye determinada información que permite identificarlo).

Además, por solicitud de la agencia o del funcionario, se podrá suspender su derecho a obtener un detalle de las divulgaciones de parte de una agencia de supervisión de la salud o funcionario del orden público.

Si desea hacer uso de este derecho, realice su solicitud por escrito. Dentro de los 60 días posteriores a la solicitud, los Planes le brindarán la lista de divulgaciones o una declaración por escrito que indique que el plazo para brindarle esta lista se extenderá por no más de 30 días, junto con los motivos de la demora y la fecha para la cual los Planes esperan responder a su solicitud. Puede realizar una solicitud por cada período de 12 meses sin costo, pero los Planes podrán cobrarle una tarifa por las solicitudes posteriores. Se le informará sobre la tarifa de antemano y tendrá la oportunidad de modificar o revocar su solicitud.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso de parte del plan tras su solicitud

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de privacidad, tras solicitarla.

Cambios en la información de este aviso

Los Planes deben respetar los términos del Aviso de privacidad vigente. Este aviso entró en vigor por primera vez el 14 de abril de 2003; sin embargo, posteriormente fue enmendado. Este aviso entró en vigor el 27 de agosto de 2018. Los Planes se reservan el derecho a cambiar los términos de sus políticas de privacidad como se describe en este aviso en cualquier momento, y a establecer nuevas disposiciones sobre la información de salud que los Planes mantienen. Esto incluye la información de salud creada o recibida anteriormente, no solo la información de salud creada o recibida tras la modificación de esta política. Si se modifican de forma significativa las políticas de privacidad de un Plan como se describe en este aviso, se pondrá a su disposición un Aviso de privacidad revisado, a través de una publicación en el sitio web de la División del Seguro Grupal del Estado (DSGI), <https://www.mybenefits.myflorida.com/health>, y, en el próximo envío de correspondencia anual, se le entregará el aviso revisado o la información sobre la modificación significativa y sobre cómo obtener el aviso revisado.

Quejas

Si cree que se infringieron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante los Planes y ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Secretary of Health and Human Services). No se tomarán represalias en su contra por haber presentado una queja. Puede presentar quejas sobre actividades llevadas a cabo por su aseguradora, HMO o administrador externo, siguiendo los procedimientos indicados en los avisos que estos brindan. Para presentar quejas ante los Planes, solicite un formulario de queja ante la DSGI. A la

hora de completar el formulario, recuerde incluir una descripción de la naturaleza de la queja específica, y envíelo utilizando la siguiente información de contacto: Division of State Group Insurance, P.O. Box 5450, Tallahassee, FL, 32314-5450.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad abordadas en este Aviso de privacidad y sus derechos contemplados por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), comuníquese con la División de Seguro Grupal del Estado: P.O. Box 5450, Tallahassee, FL, 32314-5450.

Aviso especial sobre la Ley de Derechos sobre Salud y Cáncer de las Mujeres

Si se sometió o se someterá a una mastectomía, es posible que goce de determinados beneficios contemplados por la Ley de Derechos sobre Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA). A las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía se les cubrirá lo siguiente, de la forma determinada en una consulta del paciente con el médico tratante:

1. extracción de la totalidad o parte de la mama por necesidad médica;
2. reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
3. cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
4. tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas;
5. prótesis y sostén para mastectomías.

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros que rigen con respecto a otros beneficios médicos y quirúrgicos ofrecidos en este Manual del Plan y Documento de beneficios. Los deducibles y el coseguro para la opción PPO Estándar se especifican en la sección 1 de este Manual del Plan y Documento de beneficios. Por otro lado, los deducibles y el coseguro para la opción del Plan de Salud PPO con Deducible Alto se especifican en la sección 2 de este Manual del Plan y Documento de beneficios

Para obtener más información, comuníquese con el administrador del Plan, es decir, con la División del Seguro Grupal del Estado, al (800) 226-3734.

Aviso especial sobre el Programa de Medicinas de la Parte D de Medicare

1.º de enero de 2019

Lea este aviso con atención. Aquí se explican las opciones que tiene a través de la cobertura de medicinas recetadas de Medicare, por lo que este aviso le puede ayudar a decidir si desea afiliarse a la Parte D de Medicare o no.

La cobertura de medicinas recetadas de Medicare (Parte D de Medicare) se puso a disposición de todas las personas con Medicare en 2006, a través de planes de medicinas recetadas de Medicare y planes Medicare Advantage que ofrecen cobertura para medicinas recetadas.

Todos los planes de medicinas recetadas aprobados de Medicare deben ofrecer un nivel estándar mínimo de cobertura establecido por Medicare. Es posible que algunos planes ofrezcan una cobertura mayor a la exigida. Por lo tanto, las primas de los planes de la Parte D de Medicare varían, por lo que debe analizar los planes con atención.

El Departamento de Servicios Administrativos del Estado de Florida ha determinado que la cobertura de medicinas recetadas ofrecida por el Programa de Seguro de Salud para empleados estatales (Programa de Salud del Estado) debe pagar, en promedio, tanto como lo que paga la cobertura de medicinas recetadas estándar de Medicare o más, y se debe considerar como cobertura acreditable.

Puede afiliarse a un plan de medicinas de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura de medicinas recetadas acreditable actual, por un motivo que no es de su responsabilidad, también será elegible para un Período de afiliación especial (SEP) de dos meses durante el cual podrá afiliarse a un plan de medicinas de Medicare.

Si decide afiliarse a un plan de medicinas recetadas de Medicare y abandona su cobertura del Programa de Salud del Estado, tenga en cuenta que usted y sus dependientes estarán renunciando a la cobertura hospitalaria, médica y de medicinas recetadas. Si decide abandonar la cobertura del Programa de Salud del Estado, no podrá volver a afiliarse a dicho programa.

Si se afilia a un plan de medicinas recetadas de Medicare y no abandona la cobertura del Programa de Salud del Estado, usted y sus dependientes elegibles continuarán gozando de los beneficios de salud y medicinas recetadas, a través del Programa de Salud del Estado. Sin embargo, si está afiliado a una HMO patrocinada por el estado que ofrece un plan de

medicinas recetadas de Medicare Advantage, tendrá que cambiarse a un Plan PPO para empleados del estado para obtener todos sus beneficios actuales de salud y medicinas recetadas.

Si abandona o pierde su cobertura del Programa de Salud del Estado y no se afilia a una cobertura de medicinas recetadas de Medicare una vez que su cobertura actual finalice, es posible que deba pagar más (una sanción) por afiliarse a una cobertura de medicinas recetadas de Medicare más tarde. Además, si pasa 63 días o más sin una cobertura para medicinas recetadas que sea, por lo menos, del nivel de la cobertura de medicinas recetadas de Medicare, su prima mensual aumentará, como mínimo, un 1 % por mes por cada mes que no tuvo cobertura, y es posible que deba esperar al próximo mes de noviembre para afiliarse.

Puede obtener información adicional sobre los planes de medicinas recetadas de Medicare de las siguientes maneras:

- *ingresando a www.medicare.gov;*
- comunicándose con su Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (encontrará el teléfono en el reverso de la contratapa de su manual "Medicare y usted");
- llamando al (800) MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Está disponible la asistencia para el pago de la cobertura de medicinas recetadas de Medicare para personas con ingresos y recursos limitados. Puede obtener información sobre esta ayuda adicional, a través de la Administración del Seguro Social (SSA). Comuníquese con la oficina local de la SSA, al (800) 772-1213 o ingresando a www.socialsecurity.gov, para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al (800) 325-0778.

Para obtener más información sobre este aviso o su plan actual de medicinas recetadas, llame a Atención al cliente de People First, al (866) 663-4735.

Recordatorio: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide afiliarse a uno de los planes de medicinas de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso en el momento de la afiliación, para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar una prima mayor (sanción).

Sección 17: Programa de Ahorros Compartidos

El Programa de Ahorros Compartidos (Shared Savings Program) es un programa voluntario a disposición de todos los afiliados¹. Bajo el Programa de Ahorros Compartidos, los asegurados² pueden obtener recompensas financieras por los servicios de atención médica recompensables, a través de Healthcare Bluebook y SurgeryPlus.

Las recompensas obtenidas por los asegurados se acreditarán a la cuenta de reembolsos de salud (health reimbursement account, HRA), a la HRA posterior a los deducibles (para afiliados con un plan de salud con deducible alto), a la cuenta de gastos flexibles (flexible spending account, FSA), a la FSA con objetivos limitados (para afiliados con un plan de salud con deducible alto) o a una cuenta de ahorros de salud (para afiliados con un plan de salud con deducible alto) del Programa de Seguro Grupal del Estado del afiliado. Además, los asegurados podrán recibir un reembolso por los gastos de salud de su bolsillo. Si tiene preguntas sobre las cuentas que están a su disposición, comuníquese con Chard Snyder al (855)-824-9284.

A. "Compras" para el cuidado de la salud a través de Healthcare Bluebook

Healthcare Bluebook es un sitio web de transparencia en línea que les permite a los asegurados "comprar" servicios y cuidados de proveedores de salud. El sitio web de Healthcare Bluebook (www.healthcarebluebook.com/cc/SOF) y la aplicación móvil muestran el rango de costos de los servicios de atención médica dentro de la red cubiertos, así como una clasificación de la calidad de los centros hospitalarios desarrollada por Healthcare Bluebook.

Healthcare Bluebook les permite a los asegurados revisar los costos de los servicios de atención médica sobre la base de un Fair Price™ (Precio justo) establecido por Healthcare Bluebook. El Fair Price™ es la suma razonable que se espera que los asegurados deban pagar por un servicio. El sitio web y la aplicación móvil de Healthcare Bluebook indican el Fair Price™ de un servicio y categorizan los servicios de la siguiente manera:

1. Un servicio de salud equivalente o inferior al Fair Price™ se señalará con un símbolo verde ●.

2. Un servicio de salud apenas superior al Fair Price™ se señalará con un símbolo amarillo ▲.
3. Un servicio de salud con un costo elevado se señalará con un símbolo rojo ●.

Algunos procedimientos señalados con un símbolo verde ● permiten obtener recompensas. Encontrará más información acerca de las recompensas a continuación.

Para algunos centros, Healthcare Bluebook implementará sus propias medidas de calidad y utilizará una marca de verificación para indicar el nivel de calidad. La marca de verificación verde con el signo más ✓+ indica que un hospital se encuentra en el tercio de hospitales de los Estados Unidos de mejor calidad; una marca de verificación amarilla ✓ indica que el hospital se encuentra en el segundo tercio de hospitales en cuanto a la calidad, y una marca de verificación roja con el signo menos ✓- indica que el hospital se encuentra en el tercio de hospitales de los Estados Unidos con desempeño más deficiente.

Esta clasificación de calidad ha sido diseñada para ayudar a los asegurados a comprender el nivel de calidad de cada hospital para un área o procedimiento clínico hospitalario en particular. Healthcare Bluebook evalúa la calidad de los hospitales para las principales categorías clínicas hospitalarias, tales como cirugías cardíacas, reemplazo de articulaciones y neurocirugía. Luego, los procedimientos individuales se asignan a estas categorías clínicas. Los grupos clínicos le permiten a Healthcare Bluebook evaluar el desempeño de un hospital, en las diferentes áreas de atención médica. Por ejemplo, los pacientes pueden usar la clasificación de la calidad para entender cuán bueno es el desempeño de un hospital en cirugías cardíacas, en comparación con las cirugías articulares. Un hospital puede tener distintas clasificaciones de calidad en diferentes áreas clínicas (por ejemplo, un hospital puede tener una clasificación verde ✓+ con respecto al reemplazo articular, y una clasificación roja ✓- con respecto a las cirugías cardíacas).

Bajo el programa "Go Green to Get Green", el sitio web y la aplicación móvil de Healthcare Bluebook identificarán los procedimientos que tienen

¹ "Afiliado" hace referencia a todos los funcionarios y empleados estatales, funcionarios y empleados estatales jubilados, cónyuges supervivientes de funcionarios y empleados estatales fallecidos, y empleados o personas cuyo vínculo laboral ha finalizado con continuación de la cobertura, que se inscribieron en un plan de seguro ofrecido por el Programa de Seguro Grupal del Estado. "Afiliado" incluye a todos los funcionarios y empleados de universidades estatales, funcionarios y empleados de universidades estatales jubilados, cónyuges supervivientes de funcionarios y empleados de universidades estatales fallecidos, y personas o empleados de universidades estatales cuyo vínculo laboral ha finalizado con continuación de la cobertura, que se inscribieron en un plan de seguro ofrecido por el Programa de Seguro Grupal del Estado.

² "Asegurado" designa a toda persona que participa en el Plan del Seguro de Salud Grupal del Estado o Plan de Organización de Mantenimiento de la Salud bajo el Programa de Seguro Grupal del Estado, incluidos los afiliados y dependientes cubiertos.

recompensas y especificarán la suma de la recompensa. Las recompensas se les acreditarán a los asegurados una vez que suceda lo siguiente:

1. el asegurado o su dependiente usa Healthcare Bluebook para “adquirir” un servicio de atención médica recompensable;
2. el asegurado o su dependiente recibe el servicio de atención médica de un proveedor “verde” señalado con un símbolo verde ●;
3. Healthcare Bluebook valida la recepción de un servicio de atención médica recompensable por parte del asegurado y verifica que este último haya utilizado Healthcare Bluebook para “adquirir” el servicio de atención médica;
4. Healthcare Bluebook informa a la División del Seguro Grupal del Estado que el afiliado o su dependiente ganaron la recompensa.

B. Servicios quirúrgicos a través de SurgeryPlus

SurgeryPlus es un beneficio complementario que les permite a los asegurados reducir los costos de varios procedimientos quirúrgicos planificados que no son de emergencia. El beneficio de SurgeryPlus ayudará a los asegurados a planificar y pagar procedimientos médicos cubiertos, incluidos los viajes necesarios en relación con el procedimiento cubierto. Los defensores de la atención de SurgeryPlus pueden informar a los asegurados sobre la calidad de los proveedores y los proveedores disponibles, programar citas y organizar los viajes necesarios.

Los procedimientos médicos de SurgeryPlus son realizados por proveedores de atención médica de la red de SurgeryPlus. Los procedimientos médicos, beneficios y proveedores ofrecidos por SurgeryPlus son aparte de los beneficios médicos ofrecidos por el Plan PPO para empleados del estado (administrado por Florida Blue), como se describe, en términos generales, en otras secciones de este Documento del Plan. Sin embargo, es posible que rijan los copagos, deducibles por año calendario, máximo de coseguro por año calendario y el máximo de su bolsillo de la red global establecidos en las secciones 1 y 2 y que se reduzcan.

También es posible que los procesos de apelación descritos en la sección 12 rijan sobre los servicios ofrecidos por SurgeryPlus.

Cirugías y procedimientos cubiertos

SurgeryPlus ofrece procedimientos médicos y quirúrgicos que se combinan en un Episodio de atención³ (Episode of Care). Los miembros obtendrán una recompensa por completar un Episodio de atención.

SurgeryPlus ofrece una variedad de Episodios de atención que pueden incluir, entre otras cosas, lo siguiente:

Columna

- Reparación o reemplazo de discos de fusión espinal
- Laminectomía
- Laminotomía

Procedimientos cardíacos

- Cirugía de válvulas cardíacas
- Implante de desfibrilador cardíaco

Cirugía general

- Extracción de la vesícula biliar
- Reparación de hernia
- Tiroidectomía

Procedimientos genitourinarios

- Histerectomía
- Reparación de vejiga

Ortopedia

- Reemplazo de rodilla
- Reemplazo de cadera
- Reemplazo de hombro
- Reemplazo de tobillo, muñeca o codo
- Artroscopia
- Reparación del manguito de los rotadores
- Reparación de tendones
- Bunionectomía de túnel carpiano

³ “Episodio de atención” designa (i) todos los servicios prestados por un proveedor de la red SurgeryPlus y su personal profesional y médico, según corresponda; y (ii) todos los gastos relacionados con hospitales o centros, bajo el código de caso del diagnóstico. El Episodio de atención comienza el día en que el paciente recibe servicios del proveedor por primera vez en relación con el código de caso del diagnóstico, y finaliza cuando el paciente recibe el alta del hospital o centro para regresar a su hogar. Los servicios y gastos bajo el código de caso del diagnóstico que normalmente se incluyen en el Episodio de atención son equipos utilizados cuando el paciente estaba en el hospital o centro; medicinas, suministros y productos biofarmacéuticos proporcionados en el centro u hospital; implantes; análisis de laboratorio; comidas en el hospital; días de hospitalización; atención de enfermería previa y posterior a la internación; fisioterapia en el hospital; consultas de seguimiento y otros cuidados médicamente necesarios relacionados con el código de caso del diagnóstico y prestados antes del alta. Un Episodio de atención no incluirá (i) pruebas de diagnóstico de antemano para determinar si un procedimiento es necesario; (ii) comodidad personal, higiene o artículos de consumo personal; (iii) procedimientos o cuidados que no son médicamente necesarios; y (iv) eventos graves que se deben reportar (Serious Reportable Events, SRE), según se definen en el Foro de Calidad Nacional (National Quality Forum), en <http://www.qualityforum.org/Home.aspx>.

Otorrinolaringología

- Septoplastia
- Sinuplastia
- Trompas auditivas
- Tiroidectomía

Manejo del dolor

- Epidural cervical
- Epidural de esteroides en la región lumbar
- Bloqueo de ganglio cervicotorácico

Para obtener información adicional sobre procedimientos médicos disponibles o para determinar si su cirugía planificada está incluida, comuníquese con SurgeryPlus.

Beneficio de viajes de SurgeryPlus

El beneficio de SurgeryPlus incluye viajes asociados con el Episodio de atención. Solo los viajes organizados a través de los defensores de la atención de SurgeryPlus son elegibles para la cobertura bajo el beneficio de SurgeryPlus. El beneficio de viajes depende del procedimiento, proveedor, la distancia entre el proveedor y la residencia del miembro, y la disponibilidad. Para procedimientos que requieren la hospitalización del paciente o la recuperación de un día a otro, el beneficio de viajes incluye al asegurado y a un acompañante.

Procedimiento para usar SurgeryPlus

Para recibir un Episodio de atención a través de SurgeryPlus, el asegurado debe seguir estos pasos:

1. Debe comunicarse con un defensor de la atención de SurgeryPlus antes de planificar el Episodio de atención, llamando al (844) 752-6170 o ingresando a Florida.SurgeryPlus.com (código de acceso al portal: surgeryplus).
2. Debe aceptar proporcionar sus registros médicos y demás información pertinente al proveedor de SurgeryPlus, para que este pueda tener acceso a lo siguiente:
 - a. la necesidad médica del procedimiento;
 - b. la adecuación del paciente para el posible tratamiento o procedimiento, incluidos los viajes necesarios. Esta evaluación se denomina "revisión o consulta inicial";
3. Debe haber recibido una aprobación para el Episodio de atención. El proveedor de SurgeryPlus determinará la necesidad médica del procedimiento médico propuesto, sobre la base de la revisión o consulta inicial con el miembro. Si un paciente no está satisfecho con el proveedor de SurgeryPlus o la revisión o consulta inicial, el asegurado puede comunicarse con un defensor de la atención y programar una cita con otro proveedor de

SurgeryPlus para recibir una segunda opinión.

4. El asegurado debe aceptar los términos estándares del tratamiento del proveedor de SurgeryPlus y estar de acuerdo con ellos. Recibir una revisión o consulta inicial no compromete al paciente a avanzar con un procedimiento de SurgeryPlus.
5. El asegurado debe confirmar con SurgeryPlus los costos de bolsillo relacionados con el Episodio de atención y aceptar su responsabilidad financiera por todos los costos de bolsillo relacionados con el Episodio de atención.

Una vez que se hayan completado los pasos anteriores, SurgeryPlus programará el Episodio de atención.

El beneficio de SurgeryPlus cubre la revisión o consulta inicial, el Episodio de atención y las citas de seguimiento posteriores al alta indicadas por el proveedor de SurgeryPlus. Tras completar la atención cubierta por el proveedor de SurgeryPlus, SurgeryPlus transferirá el tratamiento al proveedor tratante elegido por el asegurado. SurgeryPlus, además, le proporcionará los registros médicos del paciente al proveedor tratante elegido para garantizar la continuidad de la atención. Si Florida Blue lo solicita, SurgeryPlus le proporcionará los registros médicos del paciente.

La cobertura de servicios médicos distintos a los proporcionados por SurgeryPlus se determinará de acuerdo con las disposiciones de las secciones 1 a 17 de este Documento del Plan y será procesada por Florida Blue.

Tenga en cuenta que es posible que algunos proveedores de SurgeryPlus también sean proveedores de la red dentro de Florida Blue; sin embargo, los servicios que usted reciba a través de SurgeryPlus serán facturados y abordados por separado de los beneficios ofrecidos por el Plan PPO para empleados del estado (administrado por Florida Blue), y el beneficio de SurgeryPlus no será procesado por Florida Blue.

Limitaciones y exclusiones de SurgeryPlus

Es posible que se necesiten determinados exámenes, pruebas, tratamientos u otros servicios médicos antes o después de los servicios cubiertos (Episodio de atención) con un proveedor de SurgeryPlus. Todos los servicios médicos ofrecidos por una persona que no es proveedor de SurgeryPlus, incluidos los servicios previos y anteriores a la atención médica, estarán sujetos a los beneficios cubiertos, exclusiones, limitaciones y otros términos establecidos en las secciones 1 a 17 de este Documento del Plan.

Todas las reclamaciones de beneficios de SurgeryPlus para asegurados se consideran dentro de la red y se contarán en el deducible por año calendario, en el coaseguro máximo de bolsillo por año calendario y en el máximo de su bolsillo de la red global por año calendario del Plan PPO, según corresponda.

A excepción de las citas de seguimiento posquirúrgico indicadas por el proveedor de SurgeryPlus, toda atención, sea o no de emergencia, posterior a la finalización de un Episodio de atención, estará sujeta a los beneficios cubiertos, exclusiones, limitaciones y otros términos establecidos en las secciones 1 a 17 de este Documento del Plan. El Episodio de atención finaliza cuando el paciente recibe el alta del centro.

Los siguientes servicios se excluyen del beneficio de SurgeryPlus:

- estudios de diagnóstico e imágenes previos a la admisión, a excepción de las radiografías comunes y ecografías;
- fisioterapia;
- equipos médicos duraderos;
- medicinas recetadas fuera del Episodio de atención;
- análisis de laboratorio previos a la admisión;
- pruebas y análisis de laboratorio prequirúrgicos (aclaración: las pruebas y análisis de laboratorio prequirúrgicos deben ser coordinados y facturados por su proveedor continuo, y todas las reclamaciones de estos servicios se deben presentar ante Florida Blue, no SurgeryPlus, para su procesamiento);
- las complicaciones que se producen después de un Episodio de atención.

Obtención de recompensas financieras

Cada Episodio de atención ofrecido por SurgeryPlus es elegible para obtener recompensas financieras. La recompensa se designará antes de la recepción del servicio y se le acreditará al afiliado a través de una reducción en los costos de bolsillo o a modo de crédito en una cuenta de ahorros y gastos del Seguro Grupal del Estado.

1. Cómo funciona SurgeryPlus para los afiliados:

Los afiliados son responsables de pagar sus costos de bolsillo, como se describe en las secciones 1 y 2 de este Documento del Plan. Los costos de bolsillo aplicables se podrán reducir a beneficio de los afiliados, hasta la suma de la recompensa financiera. La porción restante del Episodio de atención estará cubierta por el beneficio de SurgeryPlus. En la medida en que reste una parte de la recompensa tras el pago de sus costos de bolsillo (o cuando no haya costos de bolsillo aplicables), la parte restante de la recompensa se acreditará a la cuenta de ahorros y gastos del afiliado.

Los afiliados a un plan de salud con deducible alto deben alcanzar la cantidad del deducible antes de que la recompensa de SurgeryPlus esté disponible. Una vez que el afiliado alcanzó el deducible máximo, sus costos de bolsillo se verán reducidos

hasta la suma específica de la recompensa. En la medida en que reste una parte de la recompensa tras el pago de sus costos de bolsillo (o cuando no haya costos de bolsillo aplicables), la parte restante de la recompensa se acreditará a la cuenta de ahorros y gastos del afiliado.

2. Cómo funciona SurgeryPlus para los dependientes:

Los dependientes son responsables de pagar costos de bolsillo, como se describe en las secciones 1 y 2 de este Documento del Plan. La porción restante del Episodio de atención estará cubierta por el beneficio de SurgeryPlus. En la medida en que reste una parte de la recompensa tras el pago de sus costos de bolsillo (o cuando no haya costos de bolsillo aplicables), la parte restante de la recompensa se acreditará a la cuenta de ahorros y gastos del afiliado.



An Independent Licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association